Nr. 11. 15. marca 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Z. SZANTROCH. Kraków.

Współczesne poglądy na budowę i czynność układu współczulnego.

(Wykład habilitacyjny).

Z Zakładu Anatomji Opisowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Kazimierz Kostanecki.

Chcąc sobie zdać sprawę z dzisiejszego stanu naszej wiedzy o budowie i czynnościach układu współczulnego, musimy przedewszystkiem ściśle oddzielić to, co wiemy o nim na podstawie badań morfologicznych, od tego, co przypuszczamy na zasadzie różnorodnych eksperymentów.

Nasze wiadomości morfologiczne, naogół ubogie, opierają się głównie na badaniach anatomicznych i histologicznych.

Szczegóły anatomiczne są stosunkowo najlepiej znane u człowieka. Wiadomo, że po prawej i lewej stronie kręgosłupa przebiega na długości całego tułowia parzysty sznur zwojowy, który obecnie nazywamy pniem współczulnym *(truncus sympathicus)*, a który starsza anatomja, mianowicie autorowie XVII w., głównie Willis, opisywali pod nazwą nerwu międzyżebrowego *(n. intercostalis)*[1]. Ku dołowi kończą się oba sznury w okolicy kości ogonowej, ku górze natomiast przedłużają się i wchodzą w obręb głowy, gdzie łączą się z rozrzuconemi tam zwojami nerwowemi, jak rzęskowym, usznym, klinowo-podniebiennym, podszczękowym, podjęzykowym *(ganglion ciliare, oticum, sphenopalatinum, submaxillare, sublinguale)*. Z oboma sznurami współczulnemi, a przedewszystkiem z ich zwojami, które w okolicy tułowia ułożone są metamerycznie, łączy się układ nerwowy ośrodkowy zapomocą gałązek nerwowych, które nazywamy łączącemi — *(rami communicantes)*.

Pierwotnie tylko oba sznury zwojowe nazywano układem współczulnym *(sympathicus)*, później jednakże stopniowo wciągnięto w obręb tego pojęcia mnóstwo rozrzuconych zwojów i splotów nerwowych, leżących bardziej obwodowo, a które znamy dzisiaj jako splot aortowy, sercowy, trzewny, krezkowy, górny i dolny, podbrzuszny, *(plexus aorticus, cardiacus, coeliacus, mesenterici sup. et inf., hypogastricus)*, a także sploty położone w ścianie przewodu pokarmowego, jak splot jelitowy *(plexus myentericus* (Auerbach)) i podśluzowy *(submocosus* (Meissner)) i t. d. Dla odróżnienia obu głównych sznurów zwojowych od reszty układu utarły się nazwy pnie: współczulne *(trunci sympathici)*, lub też wedle Winslow'a i autorów francuskich: *„grand sympathique"*.

Zapomocą badań histologicznych stwierdzamy w układzie współczulnym obecność podobnych zasadniczych składników, jak w układzie nerwowym ośrodkowym t. j. komórek i włókien nerwowych.

Komórki współczulne mają rozmaitą postać; niektórzy autorowie opisują kilkanaście i więcej ich rodzajów, zarówno co do kształtu samych komórek, jak również co do ilości i kształtu ich wypustek.

Co się tyczy drugiego składnika t. j. włókien nerwowych współczulnych, to możemy w obrazie histologicznym rozróżnić kilka ich rodzajów jako to: włókna z grubą osłonką myelinową, włókna z osłonką myelinową średniej grubości, z osłonką myelinową bardzo cienką i wreszcie włókna bez tej osłonki. Co do przebiegu wspomnianych włókien obraz histologiczny daje nam tylko ogólnikową orjentację. Można mianowicie stwierdzić na pewno tylko to, że jedne z włókien kończą się w zwojach współczulnych, oplatając swemi zakończeniami znajdujące się tam komórki nerwowe, inne zaś przechodzą przez zwoje, oddając co najwyżej gałązki boczne (t. zw. *rami collaterales*). Nie można natomiast z obrazu histologicznego określić dokładnie przebiegu dróg nerwowych w układzie współczulnym, tak jak to w wielu przypadkach można uczynić w układzie ośrodkowym. Przyczyna tego tkwi głównie w tem, że zastosowanie metody, polegającej na badaniu zwyrodnienia włókien nerwowych, — metody, która w układzie ośrodkowym oddała już znakomite usługi, w układzie współczulnym, rozrzuconym po całym prawie ustroju w postaci mnóstwa zwojów i sieci, napotyka na szczególnie wielkie trudności. Trudności te wzrastają jeszcze i dlatego, że znaczna część włókien współczulnych ma tylko cienką osłonkę myelinową, lub nie ma jej wcale. Toteż nic dziwnego, że fizjologowie, dla których dokładna znajomość przebiegu dróg nerwowych stanowi podstawę badań nad czynnością układu nerwowego, usiłowali i nadal usiłują utworzyć sobie obraz tych dróg przy pomocy eksperymentu. Eksperymentów takich wykonano mnóstwo, toteż odnośna literatura jest olbrzymia.

Główną oś jednakże, około której obracają się te eksperymenty, stanowią do tej pory doświadczenia Langley'a[2]) oparte na spostrzeżeniach oddziaływania rozczynów nikotyny na zwoje współczulne wogóle. Autor ten zauważył mianowicie, że zwoje współczulne, zwilżone tym rozczynem, ulegają porażeniu. Doświadczenia te polegają głównie na tem, że najpierw przecina się gałązkę nerwową dochodzącą z układu mózgowordzeniowego do jakiegoś zwoju współczulnego n. p. jedną z gałązek łączących *(ramus communicans)*, a następnie drażni się jej obwodowy odcinek. O ile nerwy, wychodzące z tego zwoju zaopatrują n. p. tkankę mięsną, następuje jej skurcz, jako skutek drażnienia. Jeżeli jednak ten sam zwój sympatyczny zwilżymy rozczynem nikotyny i ponownie podrażnimy, jak poprzednio, wówczas podrażnienie to nie wywołuje żadnego skutku. Z tego wysnuwa Langley wniosek, że pod wpływem działania nikotyny następuje rozluźnienie tak zw. *„synapsis"*, t. j. kontaktu pomiędzy stykającemi się zakończeniami neuronu doprowadzającego i odprowadzającego, skutkiem czego drażnienie neuronu doprowadzającego nie może przenieść się na neuron odprowadzający, co w danym przypadku wyrazi się brakiem skurczu mięśnia. Włókna nerwowe neuronów doprowadzających, t. j. te, które z układu nerwowego ośrodkowego biegną do zwojów współczulnych — w naszym przypadku w gałązkach łączących — nazwał Langley włóknami przedzwojowemi *(fibrae praeganglionares)*, te zaś, które ze zwojów współczulnych zdążają do poszczególnych narządów, włóknami pozazwojowemi *(fibrae postganglionares)*.

Eksperymentując w ten sposób na różnych odcinkach układu współczulnego, doszedł Langley do wniosku, że do niektórych narządów dochodzą dwojakiego rodzaju drogi nerwowe, z których każda rozpadałaby się wprawdzie podobnie na włókna przedzwojowe i pozazwojowe, lecz ich przebieg byłby różny. A mianowicie: włókna przedzwojowe jednych dróg biegłyby poprzez gałązki łączące do zwojów sznurów współczulnych, lub też zwojów bardziej obwodowo położonych jak n. p. zwoju trzewnego, krezkowego górnego, dolnego i t. d. Z komórek tych zwojów wychodziłyby dopiero włókna pozazwojowe, zdążające już wprost do odpowiednich narządów.

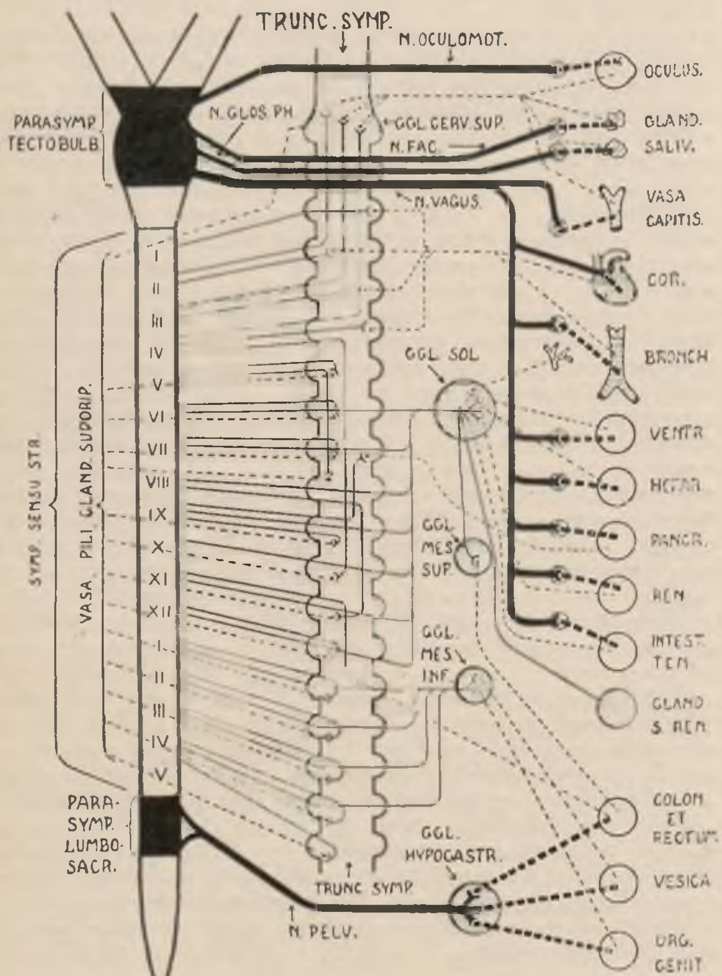
Natomiast włókna przedzwojowe drugiego rodzaju dróg miałyby przebiegać jużto w niektórych nerwach mózgowych, jak n. okoruchowym, twarzowym, gardłowo-podniebiennym, błędnym, jużto w niektórych nerwach wychodzących z krzyżowego odcinka rdzenia, a mianowicie w n. wzwodu *(n. n. erigentes)*, względnie w t. zw. n. miednicznym *(n. pelvicus)* i kończyć się w zwojach i splotach zawartych przeważnie w ścianie samych narządów, j. np. splot sercowy, jelitowy i t. d. Z tych dopiero zwojów wychodziłyby włókna pozazwojowe drugiego rodzaju dróg, zdążających już wprost do odpowiednich narządów.

W dalszym ciągu zauważył Langley, że wstrzykując zwierzętom pewne związki chemiczne można otrzymać skutki podobne, jak przy drażnieniu włókien przedzwojowych, zanim odpowiednie zwoje współczulne zwilżono rozczynem nikotyny. Wedle skutków, jakie wywołują te związki, wprowadzone do ustroju, ujął je Langley w 2 grupy. Związki I grupy, których głównym przedstawicielem jest adrenalina, wywoływać mają podobne następstwa, jak drażnienie włókien przedzwojowych pierwszego rodzaju dróg nerwowych, t. j. tych, które dochodzą przez gałązki łączące jużto do zwojów sznurów współczulnych, jużto do zwoju trzewnego, krezkowego i t. d., gdzie rozpoczynają się włókna pozazwojowe, zdążające do odnośnych narządów. Natomiast związki chemiczne II grupy, głównie muskaryna, wywoływać mają objawy podobne do tych, jakie otrzymuje się, drażniąc włókna przedzwojowe drugiego rodzaju dróg nerwowych, t. j. tych, których włókna przed-

[1]) A. Soulié. Systeme nerveux grand sympathique. Traité d'anatomie humaine. Poirier — Charpy 1901.

[2]) J. N. Langley. Das autonome Nervensystem T. I. Berlin 1922.

zwojowo biegną jużto w pewnych nerwach mózgowych, jużto w n. miednicznym, kończąc się w zwojach i splotach nerwowych zawartych przeważnie w ścianie narządów, skąd wychodzą włókna pozazwojowe, zdążające już wprost do tychże narządów. Całokształt dróg nerwowych pierwszego rodzaju nazwał Langley układem nerwowym współczulnym ścisłym (*sympathicus s. str.*), drogi zaś nerwowe drugiego rodzaju — układem parasympatycznym (Ryc. 1.). Układ parasympatyczny rozpadałby się na część górną, t. j. tę, której włókna przedzwojowe biegną w niektórych nerwach mózgowych, i na część dolną to jest tę, której włókna przedzwojowe zawarte są w nerwie miednicznym. Ze względu na siedzibę w układzie ośrodkowym jąder odnośnych nerwów, w których biegną włókna przedzwojowe tego układu, nazwał Langley część górną *„parasympathicus tectobulbaris"*, część zaś dolną



Ryc. 1.

Schemat układu sympatycznego i parasympatycznego: kreski grube: układ parasympatyczny, kreski cienkie: układ sympatyczny właściwy, kreski ciągłe: włókna przedzwojowe, kreski przerywane: włókna poza-zwojowe. (Z Laignel-Lavastine'a, według Pottenger'a, Meyer'a, Gottlieba, Cassizer'a, Eppinger'a, Hess'a, Falt'a, Omf'a, Collins'a, Langley'a, Francois Frank'a).

„parasympathicus lumbosacralis". Układ sympatyczny właściwy miałby zaopatrywać wszystkie części ciała, a układ parasympatyczny tylko niektóre. Całokształt wszystkich składników, tak współczulnych jak i parasympatycznych, określił Langley mianem układu nerwowego autonomicznego. Bardziej rozpowszechnioną, a mającą tę samą treść jest jednak dzisiaj nazwa: „układ wegetatywny", nazwa, którą posługiwano się już dawniej — Bichat 1800—1801 — a którą ponownie wprowadzono do mianownictwa współczesnego. L. R. Müller[3]) używa nazwy „Lebensnerven", autorowie francuscy[4]) nazywają układ autonomiczny Langley'a układem nerwowym „de la vie de nutrition" w przeciwieństwie do układu nerwowego „de la vie de relation". Eppinger i Hess zamiast nazwy „układ parasympatyczny" używają określenia „układ nerwu błędnego", — stąd dalsze określenie fizjologiczne stosowane przez tych autorów *„vagotonia"* i *„sympathicotonia"*.

Związki chemiczne, które jak adrenalina wywołują po wprowadzeniu ich do ustroju objawy podrażnienia układu sympatycznego właściwego, nazwano jadami sympatycznemi, a muskarynę i pokrewne ciała, wywołujące objawy podrażnienia układu parasympatycznego, jadami parasympatycznemi. Owo rozróżnienie działania jadów sympatycznych od jadów parasympatycznych stało się w ostatnich czasach podstawą osobnej metody badania, mającej na celu ustalenie, które czynności i jakich narządów zależą od układu sympatycznego, a które od parasympatycznego.

* * *

Podział układu współczulnego na parasympatyczny i sympatyczny ścisły na podstawie zarówno eksperymentów z nikotyną, jak również przy pomocy wspomnianych jadów, doprowadził do zasady t. zw. podwójnego (poza układem mózgowo-rdzeniowym) unerwienia narządów wewnętrznych, a nawet mięśni prążkowanych. Wedle tej zasady pewien jakiś narząd otrzymywałby włókna nerwowe zarówno z układu sympatycznego, jak i parasympatycznego, przyczem oba te układy zachowywać się mają w stosunku do siebie przeciwnie, to znaczy, że o ile włókna sympatyczne np. działałyby pobudzająco na czynność jakiegoś narządu, to włókna parasympatyczne hamowałyby ją. W sposób schematyczny są te stosunki uzmysłowione na ryc. 1, która przedstawia graficznie zasadę teorji o podwójnem unerwieniu. I tak np. włókna sympatyczne, które w tym rysunku zdążają do oka, mają sprawiać rozszerzenie źrenicy, a włókna parasympatyczne, biegnące w n. okoruchowym, jej zwężenie. Włókna sympatyczne zdążające do serca, przyspieszałyby jego czynność, włókna natomiast parasympatyczne w n. błędnym mają działać na serce hamująco i t. d.

Teorja, ta, bardzo dzisiaj rozpowszechniona, wyszła znacznie poza zakres dociekań i zainteresowań teoretycznych, przenikając głęboko w medycynę praktyczną, gdzie stała się nietylko podstawą rozpoznawania pewnych spraw chorobowych, lecz także opanowała i stronę leczniczą, że wspomnę tylko o podawaniu jadów sympatycznych i parasympatycznych w pewnych schorzeniach serca i układu krwionośnego, w zaburzeniach nerwowych, dychawicy i t. d.

Mimo to jednakże teorja ta ma liczne braki i sprzeczności, które w miarę postępujących badań i doświadczeń, zamiast niknąć, rosną.

Pod względem morfologicznym teorja ta niewiele wzbogaciła nasz zasób wiadomości. Przez sam podział bowiem całego układu współczulnego na parasympatyczny i sympatyczny właściwy, nowych szczegółów budowy tego układu nie odkryła. Jedyną bardzo cenną zdobyczą mogłyby stać się wiadomości co do przebiegu włókien, czyli t. zw. dróg nerwowych w tym układzie, w szczególności zaś możliwość dokładniejszego określenia, gdzie kończą się poszczególne neurony, względnie włókna przedzwojowe, a gdzie się rozpoczynają włókna pozazwojowe. Eksperymenty jednakże, jakie w tym kierunku przeprowadzono, nie dają pod tym względem pewności. Jeżeli bowiem po zwilżeniu jakiegoś zwoju roztworem nikotyny drażnienie gałązki doprowadzającej nie wywołuje żadnego skutku, to jedynym pewnym stąd wnioskiem jest, że zwój został porażony. Tłumaczenie zaś tego porażenia w ten sposób, że w obrębie zwoju nastąpiło rozluźnienie w kontakcie neuronowym t. zw. *„synapsis"*, jest już tylko przypuszczeniem, każdy bowiem zwój nerwowy nie jest wyłącznie miejscem takiego kontaktu, lecz znajdują się tam także bardzo liczne włókna nerwowe, przechodzące tylko przez zwój, przyczem mogą to być włókna zarówno ruchowe, jak i czuciowe. Przeciwko swoistemu działaniu nikotyny na ten kontakt przemawiają także doświadczenia Brüninga i Gohrbrandta[5]), którzy drażniąc jelito po uprzedniem zwilżeniu roztworem nikotyny zwoju trzewnego, nie mogli otrzymać żadnych objawów bolesności, co przemawiałoby za działaniem porażającem nikotyny także na drogi czuciowe. Chcąc to porażenie wytłumaczyć tutaj działaniem nikotyny, musielibyśmy przyjąć istnienie osobnej *„synapsis"* czuciowej w zwoju trzewnym, co znowuż byłoby tylko przypuszczeniem.

Również podział pewnych związków chemicznych na jady sympatyczne, oraz eksperymentowanie niemi w celu ustalenia, jakie czynności i jakich narządów zależne są od układu sympatycznego właściwego lub parasympatycznego, nie dają wyników jednolitych i ścisłych. Najostrożniej ocenia te doświadczenia sam Langley, zwracając uwagę na znaczne różnice skutków, jakie otrzymujemy przez podawanie np. adrenaliny, uważanej za najbar-

[3]) L. R. Müller. Die Lebensnerven. Berlin 1924.

[4]) M. Laignel-Lavastine, Pathologie du sympathique Paris 1924.

[5]) Brüning und Gohrbrandt. Zeitschr. f. ges. exp. Med. Bd. 24.

dziej typowy jad pobudzający układ sympatyczny, a następstw jakie wywołujemy przez drażnienie bezpośrednie tego układu. I tak gdy np. drażnieniem nerwu współczulnego można na łapach kota lub innych zwierząt ssących wywołać wzmożoną czynność gruczołów potowych, to wprowadzenie adrenaliny tego skutku nie wywołuje. Taksamo odnośnie do mięśni prążkowanych działanie adrenaliny nie zgadza się z wynikami drażnienia nerwów sympatycznych. Drażnienie bowiem n. sympatycznych ma wywoływać zwiększanie napięcia *(tonus)* mięśniowego, natomiast adrenalina, jak to słusznie podkreśla Langley, nawet w największej ilości, w jakiejby mogła się znaleść we krwi, żadnego wpływu na mięśnie prążkowane nie wywiera, jeżeli zaś wprowadzimy do krwi większe jej ilości, to występują objawy znużenia mięśni. Literatura współczesna dostarczyćby mogła mnóstwo takich przykładów rozbieżności między działaniem poszczególnych jadów, a wpływem bezpośredniego drażnienia nerwów układu autonomicznego, czy to sympatycznego, czy parasympatycznego. Wnioski przeto, orzekające, że ta lub owa czynność jakiegoś narządu zależy od układu sympatycznego lub parasympatycznego, ponieważ można ją tym lub owym jadem wywołać, nie mogą mieć ścisłego znaczenia.

Również w odniesieniu do istoty naczelnej zasady wspomnianej teorji, t. j. zasady podwójnego unerwienia poszczególnych narządów, wyłaniają się poważne zastrzeżenia. Jeśli rozpatrzymy unerwienie np. mięśni źrenicy, przytaczane najczęściej jako wzór podwójnego, a przeciwniczego (antagonistycznego) unerwienia, ponieważ drażnienie n. parasympatycznego zwęża ją, a sympatycznego rozszerza, to te zmiany wielkości źrenicy nie zależą od tego czy owego unerwienia, lecz od przebiegu mięśni, których skurcz te zmiany sprowadza. Inny mięsień — zwieracz źrenicy — wywołuje zwężenie, a inny — rozszerzacz — rozszerzenie. Te dwa mięśnie o zupełnie różnym przebiegu włókien przedstawiają tutaj dwie zupełnie odrębne anatomicznie i czynnościowo jednostki. Wszak mięśni o działaniu przeciwniczem mamy mnóstwo w naszym narządzie ruchu, a nigdy nie mówimy przecież, że np. mięsień dwugłowy i trójgłowy mają podwójne t. j. przeciwnicze unerwienie, chociaż jeden zaopatruje n. mięśniowoskórny, a drugi n. promieniowy, lecz tylko o ich przeciwniczem działaniu. Istota tego antagonizmu czynnościowego nie leży jednak w różnicy unerwienia, lecz w odmiennych warunkach anatomicznych samychże narządów, zarówno w odniesieniu do ich budowy, jak też położenia i stosunku do narządów sąsiednich.

Na znaczne trudności natrafia teorja o podwójnem unerwieniu właśnie tam, gdzie chodzi o narządy o bardziej jednolitej budowie j. np. gruczoły potne lub ślinowe. Fakt, że jedne z jadów pobudzają te narządy, tak jak podrażnienie układu sympatycznego, a nie wywołują natomiast takich objawów, jakie występują po zadrażnieniu układu parasympatycznego, tłumaczą Brodie i Dixon swoistą budową połączenia zakończeń nerwowych z odpowiedniemi narządami. Połączenia te byłyby wedle tych autorów wprawdzie natury nerwowej, lecz miałyby pozostawać pod wpływem troficznym zarówno nerwów, jak i danego narządu. Eliot ściślej określił to stanowisko w ten sposób, że przyjmuje, jakoby zakończenie nerwowe, np. n. sympatycznego, wywoływało w miejscu połączenia z komórkami danego narządu powstawanie swoistej substancji, czułej na dany jad, w tym przypadku na adrenalinę, jako na jad sympatyczny. Słusznie jednak zwraca uwagę Langley na sprzeczność tego tłumaczenia z faktem, że np. drażnienie n. sympatycznego wywołuje wydzielanie gruczołów potnych, a adrenalina nie ma na nie żadnego wpływu, podczas gdy np. pilokarpina, która należy do typowych jadów parasympatycznych, pobudza właśnie wydzielanie tych gruczołów. Langley tłumaczy to zjawisko tem, „że mianowicie działanie jadów sprowadzić należy do różnic komórkowych" — narządów przez dany system unerwionych — „które są pochodzenia rozwojowego i nie są zależne od natury nerwów". Langley przyjmuje, „że ustrój we wczesnym okresie składał się z elementów układu nakrywkowego i opuszkowo-krzyżowego *(tectalis et bulbosacralis)* — oraz z komórek z tym układem związanych, jak też z elementów nabłonka *(epidermis)*. Ponieważ komórki rozwijały się wśród wspólnego fizycznego i chemicznego otoczenia, miały z pewnością i te właściwości wspólne, wskutek których mogły być uczulane na działanie jadów układu parasympatycznego. Później rozwinął się układ sympatyczny, a komórki, z któremi się tenże połączył, nabyły już po większej części innych właściwości chemicznych i fizycznych, — częściowo prawdopodobnie pod wpływem adrenaliny, — które uczuliły je na działanie jadów sympatycznych". Tłumaczeniu temu musimy zarzucić z jednej strony, że nie mamy żadnych dowodów embrjologicznych na to, jakoby ustrój we wczesnych okresach rozwojowych składał się tylko z układu nakrywkowego i opuszkowo-krzyżowego — a z drugiej strony, gdybyśmy tą nawet ewentualność przyjęli, to mogłoby to odnosić się jedynie do włókien przedzwojowych układu parasympatycznego, t. j. do tych, które wytwarzają się w związku z układem nakrywkowo-opuszkowym i krzyżowym. Tymczasem, jak wiadomo, do narządów dochodzą i łączą się z niemi nie włókna przedzwojowe, lecz właśnie pozazwojowe, należące i wychodzące z rozrzuconych zwojów sympatycznych, które rozwijają się znacznie później od całego układu nerwowego ośrodkowego.

Istoty tej różnicy w oddziaływaniu narządów należy szukać gdzieindziej.

Rozpatrując historję rozwoju pojęć o czynności gruczołów np. ślinowych, natrafiamy tam na fakt, stwierdzony przez Ludwiga-Rahna w r. 1851 i Eckharda w r. 1860, a więc zanim powstała teorja o przeciwniczem unerwieniu, że drażnienie struny bębenkowej *(chorda tympani)* wywołuje obfite wydzielanie śliny wodnistej, a drażnienie n. współczulnego wydzielanie małej ilości śliny gęstej. Zwolennicy podwójnego unerwienia narządów tłumaczą to odrębnością działania na gruczoły ślinowe włókien wydzielniczych parasympatycznych, biegnących w strunie bębenkowej od działania włókien wydzielniczych dochodzących do ślinianek przez n. współczulny. Okazuje się jednak, że przy drażnieniu n. współczulnego następuje równocześnie wybitne zwężenie naczyń krwionośnych, doprowadzających krew do ślinianek. Wynika stąd, że w pniu współczulnym, obok gałązek wydzielniczych dla ślinianek, biegną także gałązki zwężające naczynia. Jest rzeczą oczywistą, że ślinianki muszą skądś stale czerpać materjał, który przerabiają na ślinę, materjał ten zaś mogą czerpać jedynie z krwi. Jeżeli przeto następuje drażnienie n. współczulnego, to w następstwie zadrażnienia przebiegających tam włókien wydzielniczych, następuje wprawdzie wydzielanie śliny, lecz równocześnie wydzielina ta jest nieobfita i gęsta, ponieważ dopływ krwi został utrudniony wskutek równoczesnego zadrażnienia nerwów zwężających naczynia. Drażnienie natomiast struny bębenkowej nie wywołuje zupełnie skurczu naczyń, wskutek czego wydzielina jest i obfitsza i bardziej wodnista. Różnice w czynności ślinianek polegałyby zatem w tym przypadku nie na odmiennym oddziaływaniu układu sympatycznego i parasympatycznego na ślinianki, lecz na różnicach współdziałania, względnie oddziaływania na ślinianki innego narządu t. j. układu krwionośnego.

Również znaczne wątpliwości nasuwają współczesne poglądy na unerwienie mięśni prążkowanych. Pierwotnie mówiono o podwójnem unerwieniu tych mięśni w tem znaczeniu, jakie podał Perroncito t. j. że zaopatrywaćby je miały nietylko włókna mózgowo-rdzeniowe, lecz także współczulne. Dzisiaj niektórzy autorowie, jak Franck, Nothmann, Hirsch, Kaufmann[6]) przypuszczają na podstawie badań przy pomocy acetylcholiny możliwość nawet potrójnego unerwienia mięśni prążkowanych t. j. przez układ mózgowo-rdzeniowy, sympatyczny i parasympatyczny. Podstawę dla hipotezy o podwójnem czy nawet potrójnem unerwieniu tych mięśni tworzą badania doświadczalne i histologiczne. De Boer, a za nim liczni inni autorowie jak Mosca, Maumery, Schmidt i t. d. mniemają, że napięcie mięśniowe jest zależne od układu sympatycznego, a twierdzenie to oparli na doświadczeniach, mających dowodzić, że po usunięciu pewnych części n. sympatycznego odnośne mięśnie prążkowane tracą napięcie. Ascher[7]) zwraca jednak uwagę na doświadczenia Newtona, które dowiodły, że obniżenie napięcia mięśniowego po usunięciu odpowiednich części układu współczulnego jest następstwem równoczesnego, a nie dającego się uniknąć uszkodzenia, choćby nawet nieznacznego, nerwów mózgowo-rdzeniowych. Szczególne znaczenie posiada tutaj zarzut, jaki tym poglądom postawił Langley, że żadne z dotychczasowych doświadczeń nie rozstrzyga pytania, czy utrata napięcia mięśniowego, jaka miałaby następować po przecięciu n. współczulnego nie jest następstwem równoczesnego rozszerzenia naczyń krwionośnych, które przez układ współczulny z zupełną pewnością są zaopatrywane.

Niektórzy autorowie, jak n. p. Deicke[8]) i Betazzi[9]), zaprzeczają wogóle istnieniu wpływu układu współczulnego na mięśnie prążkowane. Deicke bowiem drażniąc mechanicznie lub prądem elektrycznym korzonki tylne, lub gałązki łączące u żaby, nie zauważył żadnych skurczów mięśni, ani żadnej zmiany ich kształtu, ani też powstawania w związku z drażnieniem żadnych prądów czynnościowych. Betazzi robił doświadczenia na mięśniu przepony, a mianowicie przecinał u psów korzonki n. przeponowego — dla zupełnej pewności od C_4 do C_7 — a po odczekaniu okresu zwyrodnienia drażnił prądem elektrycznym mogące tutaj wchodzić

[6]) Frank, Nothman, Hirsch, Kaufmann. Klin. Wochenschr. 2. Nr. 37, 1922.

[7]) Ascher L. Schweiz. med. Woch. 1926.

[8]) Deicke E. Arch. ges. Physiol. 194. 1922.

[9]) Betazzi F. Arch. Sci. Biol. 6. 1924.

w rachubę: zwój gwiaździsty, półksiężycowy i splot trzewny. Drażnienia te nie wywoływały żadnego nawet śladu skurczu przepony, natomiast drażnienie tych zwojów u psów, którym korzonków n. przeponowego nie przecięto, wywoływało zawsze wybitne skurcze.

Wyniki badań histologicznych, na których opierają się autorowie, przyjmujący zasadę podwójnego unerwienia mięśni prążkowanych, są również niepewne. Podstawę stanowią tutaj głównie badania Boeke'go[10]), Tschiriew'a i Stefanelli'ego, którzy znaleźli w mięśniach prążkowanych liczne dodatkowe zakończenia nerwowe o swoistej budowie. Wbrew jednak poglądom Stefanelli'ego i szkoły włoskiej, która tym zakończeniom odmawia samodzielnego znaczenia, Boeke i inni liczni autorowie, jak Agdur, Dusser, de Barenne, Kuntz i t. d. uważają je za zakończenie n. współczulnego, uzasadniając to tem, że po przecięciu nerwów mózgowo-rdzeniowych (somatycznych) i odczekaniu okresu zwyrodnienia, zakończenia tego rodzaju znajdują się w mięśniach zawsze i mają leżeć popod zewnętrzną powłoką włókienka mięsnego (hypolemmal), co świadczyłoby o ich przynależności do włókien mięsnych. Pamiętać jednak należy o tem, że w obrazie histologicznym, który przedstawia przekrój tkanki, nigdy nie możemy rozstrzygnąć na pewno, czy n. p. włókienka nerwowe są w danym przekroju w komórce lub we włóknie, czy też na jego powierzchni. A istnieją poważne powody do przypuszczenia, że zakończenia nerwowe, opisane przez wspomnianych autorów w mięśniach prążkowanych, nie należą do włókien mięsnych. Wszak mięśnie są bogato zaopatrzone w sieć naczyń krwionośnych, a te jak wiadomo, są unerwione przez układ współczulny. Jest przeto zupełnie możliwem, że po przecięciu i zwyrodnieniu nerwów somatycznych (mózgowo-rdzeniowych), pozostają w mięśniach zakończenia współczulne symp. Zakończenia te mogą w obrazie histologicznym sprawiać wrażenie zakończeń nerwowych, znajdujących się w samych włóknach mięsnych.

Jeżeli przeto zważymy, że z jednej strony badania doświadczalne, mające wyświetlić wpływ układu współczulnego na czynność mięśni prążkowanych, są sprzeczne, jedne bowiem przypisują mu rolę utrzymywania napięcia mięśniowego, a drugie odmawiają mu wszelkiego nań wpływu, a z drugiej strony badania histologiczne nie dają nam żadnej pewności, czy zakończenia współczulne znajdują się w włóknach mięsnych, gdy natomiast napewno znajdują się w ścianie naczyń krwionośnych, to hipoteza o podwójnem unerwieniu mięśni prążkowanych wyda się wątpliwą. Gdybyśmy zaś nawet przyjęli, że drażnienie lub porażenie n. współczulnego wywołuje zmiany w napięciu mięśni prążkowanych, to możemy sobie to zjawisko wytłumaczyć raczej wpływem układu współczulnego na naczynia krwionośne, które regulują dopływ i odpływ krwi w mięśniach, oddziałując w ten sposób wybitnie na tempo swoistej w mięśniach przemiany materji. Za taką możliwością przemawiają również badania nad histogenezą t. zw. zwojów nerwowych serca, przeprowadzone w naszym Zakładzie[11]), które dowodzą, że zwoje te rozwijają się w ścisłym związku z naczyniami wieńcowemi serca i dlatego należy je uważać za aparat nerwowy tychże naczyń, a nie samego serca, jak to czyniono dotychczas. Jeżeli pod wpływem drażnienia n. błędnego, który do tych zwojów oddaje gałązki, następuje zwolnienie akcji serca, to raczej należałoby to uważać za następstwo skurczu naczyń wieńcowych i wynikających stąd zaburzeń krążenia w ścianie samego serca, aniżeli za swoiste oddziaływanie tego nerwu bezpośrednio na mięsień sercowy. W ten sposób i tutaj różne przejawy czynności mięśniowej byłyby zależne nie od różnego unerwienia mięśnia, lecz raczej od różnego współdziałania drugiego narządu t. j. układu krwionośnego.

* * *

Gdybyśmy w ten sposób krytycznie rozpatrzyli czynność tych wszystkich narządów, którym przypisuje się podwójne unerwienie, natrafilibyśmy na wątpliwości podobne do tych, jakie poznaliśmy w przytoczonych powyżej przykładach. Skłania nas to do wniosku, że przyczyna niepewnych wyników badań doświadczalnych nad układem współczulnym leży głównie w niedostatecznem opanowaniu morfologicznem tego układu. Sądzę przeto, że najpoważniejszym postulatem najbliższych badań nad układem współczulnym powinno stanowić staranne opracowanie jego morfologji.

---

[10]) Boeke J. Zur Innervation des quergestreiften Muskeln bei den Ophidiern „Terminazioni a grappolo". Sympatische Innervation. Madrit. 1922.

[11]) Z. Szantroch. Rozpr. Polskiej Akad. Um. Wydz. mat. przyr. T. LXIX. 1929.

PRACE ORYGINALNE.

A. LANDAU, M. FEJGIN, i J. BAUER. Warszawa.

O skutecznem leczeniu ropnych spraw płucnych zapomocą wlewań dożylnych 33% alkoholu.

Z I-ego Oddziału wewn. szpitala Wolskiego.
Kierownik: Dr. A. Landau.

W doniesieniu II-em o odrębnych postaciach zapalenia płuc (A. Landau, S. Liljenfeld-Krzewski i B. Jochweds), które niedawno było ogłoszone z naszego oddziału, poruszona została sprawa stosowania dożylnych wlewań 33% alkoholu w przypadkach ciężkich zakażeń narządu oddechowego. Wlewania te, wprowadzone do lecznictwa przez Thursza celem zwalczania raka, stosowano i w przypadkach zakażeń ogólnych (np. zakażenia połogowe, podostre zapalenia wsierdzia). Nie dawały one jednakże w tych przypadkach tak pomyślnych wyników, przynajmniej na naszym oddziale, ażeby można je było uznać za ostateczny i wyłączny czynnik leczniczy. Niewątpliwie udawało się uzyskiwać okresy obniżenia ciepłoty i pewnej poprawy, remisje te jednak okazywały się zwykle przemijającemi, nie zmieniały niepomyślnego rokowania i wogóle nie różniły się zasadniczo od uzyskiwanych w innych przypadkach przy pomocy trypaflawiny, dożylnych wstrzykiwań salicylu i t. p. W toku tych prób zdołaliśmy jednak zaobserwować, że wlewania alkoholu mają specjalnie dodatnie działanie w kierunku poprawy względnie szybkiej likwidacji, wszelkich powikłań płucnych, zjawiających się w przebiegu takich ogólnych spraw zakaźnych, podczas gdy wpływ ich na objawy sercowe, nerkowe i t. d. był bardzo problematyczny, względnie żaden.

Starając się wytłumaczyć to zjawisko, postawiliśmy hipotezę, że wprowadzony dożylnie alkohol dostaje się z układu żylnego i prawego serca bezpośrednio do płuc i tu zapewne w przeważającej części zostaje wychwytany i zatrzymany przez układ ś. ś., tak, jak to np. dzieje się z tłuszczami, co do których chwytna rola układu ś. ś. płuc zdaje się już dziś nie ulegać wątpliwości. Zatrzymany w ten sposób przez barjerę płucną alkohol tutaj ulega procesom metabolicznym, na inne zaś narządy i tkanki nie wywiera on żadnego niemal działania leczniczego. Tutaj natomiast w narządzie oddechowym przejawia się jego bakterjobójcza siła w całej pełni. Mielibyśmy więc tu do czynienia z pewnego rodzaju swoistym „pneumotropizmem" alkoholu, zależnym zresztą od sposobu podawania, bo nie ulega przecież wątpliwości, że tenże alkohol, wprowadzony doustnie posiada np. znaczne powinowactwo do wątroby. Zresztą, jak to już wspomniano w wyżej przytoczonem doniesieniu, w jednym przypadku po wlewaniach większych dawek alkoholu otrzymano żółtaczkę. Należy więc przypuszczać, że jednak w pewnych warunkach może on dosięgnąć wątroby, zapewne wówczas, gdy podawany jest w wielkich dawkach, których płuco całkowicie zmagazynować nie jest w stanie. To też, abstrahując od wielkich dawek zalecanych przez Thursza, (200 ccm³ jednorazowo) przeszliśmy do niewielkich, lecz codziennych wlewań (po 20—30 ccm³ 33% alkoholu w soli fizjologicznej), podając jednocześnie niewielkie dawki insuliny (5—10 jednostek 2 razy dziennie) podskórnie, celem ew. zabezpieczenia wątroby przed uszkodzeniem miąższu.

Poza tem zwęziliśmy wskazania stosowania tego środka do ostrych zakaźnych schorzeń płuc, szczególniej z tendencją do ropienia lub zgorzeli *(pneumonia abscedens, abscessus et gangraena pulmonum)*, i jak dotychczasowe — niezbyt jeszcze wprawdzie rozległe doświadczenie kliniczne wskazuje, otrzymaliśmy, zdaje się, niezwykle cenną, bodaj że specyficzną metodę leczenia tych ciężkich stanów, w których tak często zawodziły dotąd wszelkie nasze usiłowania lecznicze. Sprawy te bowiem uważane są naogół za niezwykle kapryśne w przebiegu i niepewne pod względem rokowania. Kindberg np. w monografji swej z 1928 r. pod tytułem „Les abscès du poumon" utrzymuje, że sprawa leczenia tych ropni należy do najbardziej trudnych w medycynie; podobnież i R. Mignot, omawiając leczenie ropni płuc (Presse Médicale, Nr. 23, 1930 r.) uważa zagadnienie to za nader trudne i wymagające ścisłej współpracy internisty z chirurgiem. Oczywiście więc uzyskanie sposobu leczenia, któryby dawał pomyślne, a głównie — stałe wyniki, jak to się właśnie zapowiada przy stosowaniu alkoholu, może mieć szczególnie doniosłe znaczenie w praktyce.

Przyp. I-y. Chory D. Z. lat 20-u, z zawodu robotnik, przybył na oddział dnia 4. VII. 1929 r. Choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami od gorączki 39,7° i ogólnego ciężkiego rozłamania; następnego dnia zjawił się silny kaszel z utrudnionem odpluwaniem zielonkawej plwociny, jednocześnie wystąpiły bóle w lewej połowie klatki piersiowej oraz znaczna duszność. Po trzech dniach dołączyły się nagle wstrząsające dreszcze, łamania w kościach, duszność wzmogła się, a plwocina zaczęła wyraźnie cuchnąć. Stan

taki trwał aż do przybycia do szpitala. Poprzednio poważniejszych chorób nie przechodził; brat chorego zmarł na gruźlicę.

Stan obecny: T⁰ 39⁰, tętno 102 na min. miarowe, słabo napięte, oddechów 40 na min., ciśnienie tętn. 105/50 RR, waga 55 kg, wzrost średni, budowa wątła, stan odżywienia upośledzony, nieznaczna sinica na wargach i małżowinach usznych, źrenice szerokie — prawa nieco szersza, obydwie oddziałują na światło i przystosowanie, język obłożony kępkami pleśniawki.

Klatka piersiowa: lewa połowa rozszerza się nieco słabiej przy oddychaniu; od tyłu po stronie prawej przytłumienie do grzebienia łopatki, po stronie lewej — tępość w szczycie do grzebienia łopatki, niżej przytłumienie do kąta łopatki, poniżej stłumienie z odcieniem bębenkowym. Osłuchowo — nad grzebieniem lewej łopatki wdech i wydech oskrzelowy bez rzężeń, poniżej do samego dołu wdech oskrzelowy, pokryty drobno i średniobańkowemi rzężeniami dźwięcznemi, wydech oskrzelowy.

Od przodu — stłumienie nad prawym, nad i pod lewym obojczykiem do 4-ego żebra — z odcieniem bębenkowym, poniżej do samego dołu z lewej strony — tępość; drżenie głosowe zachowane, jednakowe z obu stron. Osłuchowo — nad i pod lewym obojczykiem oddech z odcieniem amforycznym, niżej — wdech oskrzelowy, pokryty drobno i średniobańkowemi rzężeniami dźwięcznemi, wydech oskrzelowy. W samym dole, w linji pachowej lewej oddech osłabiony. Po stronie prawej oddech zaostrzony na całej przestrzeni. Tony serca głuchawe, wątroba i śledziona niepowiększone, układ nerwowy bez zmian. W moczu 0,03% białka, urobilinogen +++, pojedyncze leukocyty w kilku p. w., 2—3 krwinki wyługowane na preparacie.

We krwi: leukocytów 31000 w mm³, w tem 73% oboj. wielojądrz. i 11% pałeczkowatych. Limfocytów 11%, mon. 5%.

Plwocina trójwarstwowa, surowiczo-ropna, nieco cuchnąca, górna warstwa ropna, dolna składa się z brunatnawych czopów, niezbyt obfitych; próba białkowa wybitnie dodatnia, włókien sprężystych, ani prątków kwasoopornych niema, na preparatach barwionych liczne ziarenkowce i dwoinki, barwiące się met. Grama. (Gr. +).

Prześwietlenie kl. piersiowej (z przyczyn technicznych nie można było wykonać zdjęcia) wykazało w części środkowej l. pola płucnego jamę wielkości mandarynki, do połowy wypełnioną płynem, naokoło niej dość intenzywne zacienienie, nieostro przechodzące w miąższ. W lewym szczycie i nad lewym górnym płatem 2 kieszenie odmowe — 2 powrózkowate zrosty odgraniczają je w części zewnętrznej lewego szczytu; przestrzenie dopełniające wolne, ruchy przepony bardzo powierzchowne; prawe płuco bez zmian. Serce nieprzemieszczone.

Przebieg i leczenie.

Chory otrzymał okład na kl. piersiową, płukanie ust i pędzlowanie języka rozczynem boraksu, do wewnątrz — P. fol. Digitalis 0,075 + Chinini mur. + Pyramidoni aa 0,15—3 r. dziennie, Ol. eucalypti 3 r. po 8 kropli na mleku, sol. Acidi carbolici e 1,0—200,0 3 razy dziennie po łyżce.

4 i 5-ego lipca T⁰. rano wynosiła 38⁰, wieczorami wzniesienia do 39,1⁰, tętno 102—110 na min., oddechów 40 na min. Chory odpluwał 2—3 kufle nieznacznie cuchnącej plwociny na dobę, po kaszlu zjawiał się cuchnący oddech, chory był znacznie osłabiony, nawpół odurzony. Dnia 6. VII. wieczorem po 1-szem wstrzyknięciu alkoholu ciepłota opadła do 36,6⁰ przy tętnie 108 na min. i 40 odd. na min. Pierwsze wlewanie 50 cm³ alkoholu wywołało gwałtowny wstrząs, w ciągu kilku następnych godzin chory odczuwał silne dreszcze i znaczne ogólne osłabienie. Wobec tego postanowiono narazie zaniechać dalszych wlewań alkoholu i następnego dnia dwukrotnie próbowano napróżno założyć sztuczną odmę. Dnia 7. VII. ciepłota — 38,2⁰ z rana i 39,6⁰ wieczorem, przy tętnie i oddechu jak poprzednio.

8. VII. z rana ciepłota 36,6⁰, tętno 108 na min., odd. 38 na min., chory znacznie osłabiony, uskarża się na silną duszność, kaszle dużo, odpluwa około 3 kufli opadającej, ropnej, cuchnącej plwociny na dobę.

Wstrzyknięto dożylnie 25 cm³ alkoholu. Podczas wlewania chory odczuwał ból wzdłuż żyły, po zastrzyku miał znów wstrząsające dreszcze; leczenie doustne pozostało bez zmiany.

9 i 10. VII. otrzymał również po 25 cm³ alkoholu, ciepłota ranna 36,8⁰ i 36,6⁰, wieczorna — 38,3⁰ i 38,2⁰, tętno 96—94 na min. lepiej napięte i wypełnione, oddechów 38 na min., odpluwa 2,5 kufla cuchnącej plwociny na dobę.

Dnia 11—14 VII. stan bezgorączkowy, ilość plwociny zmniejszyła się do jednego kufla na dobę, plwocina nie cuchnie, oddech po kaszlu — jedynie chwilami, samopoczucie chorego znacznie lepsze. Alkohol podawany w dalszym ciągu w ilości 25 cm³ codziennie, wywołuje już tylko nieznaczne dreszcze po zastrzyku.

15. i 16. VII. chory nadal nie gorączkuje, tętno 96 na min., oddechów 30 na min., plwociny zaledwie około pół kufla, nie cuchnącej, kaszel znacznie mniejszy. W płucach od tyłu tępość do górnej 1/3 lewej łopatki ze wzmożonem drżeniem głosowem, wdech na całej przestrzeni oskrzelowy, wydech chuchający, w okolicy grzebienia lewej łopatki i nad lewą wnęką utrzymują się po kaszlu nieliczne drobnobańkowe rzężenia, pod lewym obojczykiem również nieliczne drobne rzężenia. W moczu c. g. 1018, urobilinogen niewzmożony, białka niema. We krwi 22000 leuk., 49% obojętnochł. wielojądrz., 6% pał., 29% limfocytów, 13% mono i przejść., 1% eozynochł., 2% tucznych.

17. i 18. VII. ciepłota wznosi się zaledwie do 37,2⁰ wieczorami, tętno i oddechy — jak wyżej, ilość plwociny (niecuchnącej) około pół kufla na dobę, na wadze przybyło 2 kg. W ciągu całego jeszcze następnego tygodnia chory otrzymywał codzienne wlewania dożylne po 25 cm³ alkoholu. Stan jego ulegał dalszej poprawie, ciepłota po kilkudniowych nieznacznych wahaniach ostatecznie ustaliła się poniżej 37⁰, ilość plwociny zmniejszyła się do 1/4 kufla na dobę, tętno stale około 80, oddechów ok. 30 na mii. Rozsiane świsty w płucach, oddech nad i pod lewym obojczykiem — osłabiony, bez rzężeń, dolna granica lewego płuca prawie nieruchoma podczas oddychania, poza tem stan narządów wewnętrznych bez zmian.

Od 25-ego zaniechano wlewań alkoholu (ogółem zastosowano ich 19) podawano zaś w dalszym ciągu Ol. Eucalypti oraz Sol. Ca chlorati doustnie i Na kakodylicum — podskórnie. W ciągu następnego tygodnia kaszel i odpluwanie ustały, samopoczucie chorego doskonałe, tętno 68—72 na min., oddechów 22 na min., przybrał na wadze ogółem 4,8 kg. W moczu nic szczególnego, leukocytoza jednak jeszcze 21000 w 1 mm³ w tem 45% obojętn., (3% pał.), 39% limf., 11% mono, 3% eozynochłonnych i 2% tucznych. W ciągu ostatniego tygodnia pobytu w szpitalu chory przybrał na wadze jeszcze 2 kg. (razem — 6,2 kg). W płucach dane wypukowe — jak poprzednio, lewa połowa klatki piersiowej nie ulega zapadaniu, oddech nad grzebieniem lewej łopatki znacznie osłabiony, nad i pod lewym obojczykiem zupełnie zniesiony, rzężenia ustąpiły, serce i narządy jamy brzusznej — bez zmian.

Badanie krwi 3. VIII. wykazało białych ciałek w 1 mm³ 16000, w tem 50,5% neutr., (3,5% pał.), 34% limf., 10 mono, 4% eozynochł., 1,5% tucznych.

Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej dnia 9. VIII. wykazało co następuje: zrosty u podstawy obydwu płuc, ograniczające ruchy przepony w części przyśrodkowej, przeważnie po stronie lewej. Uwydatnienie obydwu drzew wnękowych, liczne cienie drobnych gruczołków. W dolnej części lewego pola płucnego, rzutując się na cień lewej komory, nacieczenie miąższowo-opłucnowe kształtu i wielkości jaja kurzego. Dolnym biegunem nacieczenie to sięga przepony. W górnym biegunie tegoż nacieczenia widoczne jest nieprawidłowych kształtów rozrzedzenie o charakterze pozostałości po jamie. Od środkowej części wnęki ku górze biegnie wązka smuga opłucnowa, wnękowa. Między 2-em a 3-em żebrem po stronie lewej od przodu półkuliste zgrubienie opłucnej. Pod zgrubieniem tem zanik rysunku płucnego (Dr. Kryński).

Przypadek 2-gi.

Pacjentka A .K. lat 28 przybyła do szpitala 8. VI. 1929, z zakładu położniczego z rozpoznaniem zapalenia lewego płuca. 28. V. roniła, poczem resztki łożyska usunąć trzeba było przez wyłyżeczkowanie; w ciągu kilku dni następnych miała wieczorami wzniesienia ciepłoty. 4. VI. poczuła ból w lewym boku, zaczęła odpluwać czerwonawo-ceglastą plwocinę, wystąpiła gorączka.

Stan obecny: osoba wzrostu średniego, budowy prawidłowej, stan odżywienia mierny, wargi sinawe, na policzkach hektyczne wypieki, tętno 108 na min., łatwo uciskalne, oddechów 44 na min., ciepłota 39⁰. Klatka piersiowa: od tyłu po stronie lewej od połowy łopatki do dołu odgłos wypukowy stłumiony, drżenie głosowe niewzmożone (głos zresztą bardzo cichy), przewodnictwo niewzmożone; po stronie prawej od połowy łopatki do dołu przytłumiony odgłos wypukowy, osłabione drżenie i przewodnictwo głosowe; wysłuchowo w szczycie lewym wdech i wydech zaostrzone; od połowy do kąta łopatki lewej dość miękki oddech oskrzelowy bez rzężeń, niżej oddech słabnie, zachowując jednak odcień oskrzelowy: po stronie prawej w szczycie wdech i wydech zaostrzone, poza tem oddech osłabiony z powodu powierzchownego oddychania.

Z przodu od 4-ego żebra w linji środkowo-obojczykowej lewej stłumienie o nieznacznie przesuwalnej górnej granicy przy zmianie pozycji; przestrzeń Traubego znacznie zmniejszona, drżenie głosowe w okolicy nad- i podobojczykowej wzmożone, niżej nie wyczuwa się; wysłuchowo nad i pod lewym obojczykiem wdech i wydech silnie zaostrzone; niżej oddech słabnie — i ku dołowi oraz ku lewej linji pachowej staje się niesłyszalny; po stronie prawej

nic szczególnego. Serce: na koniuszku I ton niezupełnie czysty, obydwa dość głośne; nad t. płucną I ton nieczysty, II nieco akcentowany; nad tętnicą główną obydwa niezbyt głośne; ciśnienie tętnicze 100/50 wg. RR.

Jama brzuszna: nie stwierdza się zmian patologicznych. Odruchy kolanowe i śc. Achillesa obecne.

W moczu poza wyraźnem wzmożeniem zawartości urobilinogenu, nic szczególnego. We krwi: leukocytów 18,800 w 1 mm³, obojętnochł. wielojądrz. 65%, pałeczek 10%, myeloc. 1%, limfocytów 19%, monoc. 4%, eozynochł. 1%.

Rentgenografja klatki piersiowej (Dr. Werkenthinówna): szczyt lewy i górna połowa lewego pola płucnego lekko przyciemnione, dolna połowa intensywniej zacieniona, zwłaszcza nad przeponą; przepona lewa nieruchoma. Lewy zarys serca nie jest dobrze widoczny; w prawym kącie przeponowym minimalna ilość płynu.

Nakłucie lewej opłucnej w linji łopatkowej — płynu nie dało.

Z innych badań stwierdzono nieznaczną hipochloremję w surowicy (3,3‰ chloru), i w krwinkach (1,67‰), zawartość bilirubiny na górnej granicy normy (0,6 jedn. v. d. Bergha), zasób zasad osocza nieco zmniejszony (47 cm³ CO_2 w 100 cm³ osocza); odczyn Wassermanna ujemny.

W dalszym przebiegu w ciągu tygodnia od 9. VI. do 16. VI. stan chorej pozostawał prawie bez zmiany: tętno wahało się od 116 do 90/min., oddechów stale 30—34/min., ciepłota 9. VI. wynosiła 40°, w ciągu następnych dni wahała się od 38,1° do 39°. 15. VI. zrana nastąpił spadek jej do 36,8°, ale już wieczorem było znów 39°. Plwocina śluzowo-ropna, częściowo opadająca, ze śladami krwi, niecuchnąca, nie zawierała prątków tbc., ani włókien sprężystych, ilość jej wynosiła około ½ kufla na dobę. Z objawów podmiotowych dominowało krańcowe osłabienie; codzienne męczące poty, apatja. W ciągu tego okresu chora otrzymała codziennie po 2 cm³ kamfochiny i po 20 cm³ własnej krwi domięśniowo, zastrzyki strychniny po 0,002 i kamforę podskórnie, olejek eukaliptusowy i 1% rozczyn karbolu oraz proszki z chininą (0,2) + aspiryną (0,25) + naparstnicą (0,05) 2 razy dziennie doustnie.

17. VI. ponowne badanie leukocytozy wykazało 16.500 b. ciałek w 1 mm³, w tem 65% obojętnochł. wielojądrz., a 16% pałeczk., limfoc. 8%, monoc. 11%, eozynochl. 0%. Mocz i plwocina jak poprzednio. Ciepłota 38,4° do 37,2°, oddechów 30/min. Stan w płucach bez zmian. Osłabienie tak znaczne, że chorej niepodobna np.zważyć. Wobec tego, iż sprawa nie wykazywała naogół żadnej dążności do poprawy, osłabienie i poty wzmogły się raczej jeszcze, ciepłota utrzymywała się, jak i leukocytoza, ze znacznem przesunięciem wzoru w lewo, dokonano ponownej rentgenografji płuc, która wykazała co następuje: pole płucne lewe od drugiego żebra wdół jest jednolicie zacienione, ku dołowi zacienienie staje się intensywniejsze. Na wysokości trzeciego międzyżebrza przedniego widoczna jest jama z poziomem płynu, wielkości orzecha włoskiego; w szczycie lewym zgrubienie opłucnej; płuco prawe bez zmian.

Tak więc dotychczasowe leczenie nietylko nie dało żadnej poprawy, lecz sprawa nieuchronnie postępowała naprzód w kierunku zropienia i prawdopodobnej zgorzeli w zajętym odcinku płuca. Rozpoczęto tedy podskórne wstrzykiwania emetyny.

19. VI. ciepłota 39°, tętno 90/min., oddechów 30/min., poty i osłabienie znaczne; stan przedmiotowy bez zmian. Dokonano nakłucia próbnego w X. międzyżebrzu lewem około kręgosłupa, wydobyto 10 cm³ mętnawego płynu, zawierającego 4,5% białka, 60% obojętnochłonnych i 40% limfocytów, oraz liczne śródbłonki w osadzie.

20. VI. Tętno 32/min., oddechów 34/min., ciepłota 37,4° do 39,5°. W płucach od lewej łopatki do kąta oddech oskrzelowy z krepitacjami; po kaszlu rzężenia wilgotne do samego dołu. Przestrzeń Traubego przysłonięta. W sercu: I. ton na koniuszku nieczysty, towarzyszy mu jakby nieznaczny szmer tarcia. Plwociny od ½ do ⅓ kufla na dobę, o cechach jak poprzednio.

Wobec bezskuteczności dotychczasowych usiłowań leczniczych odstawiono emetynę i kamfochinę, a natomiast rozpoczęto tego dnia codzienne wlewania dożylne po 20 cm³ 33% alkoholu, zastrzykując jednocześnie podskórnie 2 razy dziennie po 10 jedn. insuliny.

21. VI. T° 37—38,2°, samopoczucie lepsze, poty zmniejszyły się, plwociny około ½ kufla na dobę. W płucach w okolicy ⅓ l. łopatki oddech prawie amforyczny ze średniobańkowemi rzężeniami; w dole prawego płuca utrzymuje się stłumienie i osłabienie oddechu. Nakłucie prawej opłucnej płynu nie dało.

Leczenie: wlewanie 20 cm³ alkoholu dożylnie, 20 jedn. insuliny podskórnie, pozatem 3 łyżki 1% rozczynu karbolu i 2 proszki (jak poprzednio). Po wstrzyknięciu alkoholu chora dostaje żywego rumieńca na twarzy i prawie natychmiast spokojnie zasypia.

24. VI. Tętno 84/min., T° 36,6° w ciągu całego dnia; plwociny mniej niż ¼ kufla na dobę. Leukocytoza dnia tego 12.000 b. c. w 1 mm³: 59% obojętnochł. wielojądrz., 16% pałeczk., limfoc. 18%, monoc. 5%, eozynochł. 2%.

27. VI. Tętno 84/min., oddechów 24/min., T° 36,7°. Nie pociła się, czuje się dobrze.

W płucach: od dolnej ⅓ do kąta lewej łopatki oddech oskrzelowy, poniżej osłabiony, bez rzężeń; z prawej strony stłumienie i osłabienie oddechu od 9 żebra od dołu. Roentgen klatki piersiowej: jak na ostatniem zdjęciu z dn. 19. VI.

Stan chorej przedstawiał się tak pomyślnie, że odstawiono wstrzykiwania alkoholu i insuliny (ogółem wykonano ich 7); chora została tylko na 3—8 kroplach ol. eukaliptusowego i na 2 proszkach kamfory (0,15) z naparstnicą (0,03) dziennie. Był to właściwie początek okresu zdrowienia, które postępowało dalej nader gładko i szybko.

4. VII. Tętno 72/min., oddechów 24/min., nie gorączkuje. Plwociny od wczoraj ślad na dnie kufla. W płucach: dolna lewa granica od tyłu na X żebrze, słabo ruchoma, z prawej na XI żebrze ruchoma. W okolicy kąta lewej łopatki po kaszlu ślad oddechu chuchającego bez rzężeń, w dole oddech osłabiony.

13. VII. przybyło na wadze w ciągu ostatniego tygodnia 3 kilo, chora nie kaszle, nie spluwa, czuje się znakomicie.

16. VII. Wypisano chorą ze szpitala. Dnia tego dokonano prześwietlenia klatki piersiowej (Dr. Kryński), które wykazało co następuje: lewa połowa przepony o znacznie mniejszej ruchomości, lewy kąt przeponowo-żebrowy nie wyjaśnia się, lewe pole płucne w obrębie dolnego płata o zmniejszonej powietrzności (wskutek zmian w opłucnej), zrost opłucnej z osierdziem na wysokości V żebra od przodu; cienie wnęk wzmożone, szczyty powietrzne.

Mieliśmy więc tu przypadek ciężkiej sprawy zapalnej w dolnym płacie lewego płuca, powstałej niewątpliwie łącznie z zakażeniem ginekologicznem *(Pneumonia sin. inferior embolica abscendens, Abscessus lobi inf. pulmonis sin. Endometritis acuta post abrasionem).* Sprawa ta, szybko prowadząca do wytworzenia się ropnia, odznaczała się w naszym przypadku znacznym stopniem złośliwości, jak wogóle zresztą wszystkie ropne zapalenia płuc, powstające na tem tle. Stan chorej w ciągu pierwszych 10 dni pobytu na oddziale pogarszał się z dnia na dzień, sprawa chorobowa w płucach, jak i objawy ogólne niepowstrzymanie postępowały w kierunku jak najniepomyślniejszym, tak iż sytuacja wydawała się niemal beznadziejną, w chwili kiedy zaczęto stosować wlewania alkoholu. I oto w ciągu 3—4 dni dokonał się tak uderzający i nieoczekiwany zwrot ku poprawie, że trudno było wprost opisać go tym, którzy chorej nie widzieli na wysokości sprawy. Z dnia na dzień poprawiało się samopoczucie, obniżała się ciepłota, zmniejszała się ilość plwociny; 25. VI. — a więc w niecały tydzień po rozpoczęciu wlewań alkoholu — ciepłota wróciła do normy i mieliśmy już zupełną rekonwalescencję.

Podobnie i w pierwszym przypadku, w którym chory przybył na oddział już w stanie bardzo ciężkim, po dwutygodniowem trwaniu choroby, z tętnem powyżej 100/min., 40 oddech./min., z ciepłotą do 40° i kolosalną ilością cuchnącej plwociny (do 3 kufli czyli około 700 cm³ na dobę), — a więc w okresie daleko posuniętej zgorzeli płuc. Zaczęto stosować alkohol od samego początku. I tutaj w ciągu 8—10 dni otrzymano imponujący efekt leczniczy: 11. VII, a więc w tydzień po przybyciu czytamy w karcie szpitalnej: „stan bezgorączkowy, odpluwanie zmniejsza się stale — do 1 kufla na dobę, (około 220 cm³), plwocina nie cuchnie".

W dwa tygodnie później, t. j. 25. VII. chory już był w pełni okresu zdrowienia z tętnem 68—74/min., ilością oddech. 22/min., bez kaszlu i odpluwania, z przybytkiem wagi 4,3 kilo.

Jeżeli chodzi o poszczególne objawy chorobowe, to wpływ alkoholu najwcześniej i najwybitniej wpływa na obniżenie ciepłoty i samopoczucie chorych. Ciepłota zwykle już po 3—4 wlewaniach obniża się wybitnie, a w ciągu następnych kilku dni powraca do normy. Jednocześnie poprawia się wybitnie samopoczucie, ustępuje uczucie nieznośnego upadku sił, które jest tak przykre w tych wypadkach, przechodzi stan depresji psychicznej, wygląd zewnętrzny i wyraz twarzy chorych ulega znacznej zmianie na lepsze. Bardzo szybko również zmniejsza się ilość plwociny — i w ciągu kilku wzgl. kilkunastu dni chory nasz przestał wogóle kaszlać i odpluwać. Cuchnący zapach w plwocinie znikł w przypadku 1-szym już po 8 zastrzykach alkoholu, a w przypadku 2-im w dwa tygodnie po rozpoczęciu leczenia alkoholem. Chora nie kaszlała

już i nie odpluwała. Zresztą bezpośrednio po każdym zastrzyku chora A. K. doznawała stanu pewnej euforji i zasypiała spokojnie. Chory 1-y po pierwszych wstrzykiwaniach (50 cm³) miewał objawy wstrząsu — dreszcze i osłabienie, dalsze jednak zastrzyki w dawkach mniejszych (po 25 cm³) znosił zupełnie dobrze. Co do obrazu morfologicznego krwi, to tu poprawa zaznaczała się obok spadku ilości leukocytów w 1 mm³ krwi, także i w obniżeniu ilości pałeczkowatych i w zjawianiu się komórek eozynochłonnych, których na wysokości schorzenia nie było zupełnie.

Kończąc niniejsze doniesienie, raz jeszcze zaznaczyć musimy, iż w opisie powyższych przypadków staraliśmy się jaknajobjektywniej ocenić powodzenie lecznicze stosowanych w nich wlewań dożylnych alkoholu, unikając przedewszystkiem tak niebezpiecznego w klinice rozumowania: *„post hoc ergo propter hoc"*. Obserwując jednak cudowną wprost resurekcję chorych, co do których stracono już właściwie wszelką nadzieję, widząc tak szybkie, z każdym niemal zastrzykiem wzrastające tempo poprawy, trudno oprzeć się wrażeniu, iż jest w tem coś więcej, aniżeli szczęśliwy zbieg okoliczności. Nie chcemy i nie możemy twierdzić, że alkohol jest bezwzględnie niezawodnym, w 100% przypadków pewnym środkiem leczenia wszelkich ciężkich spraw ropnych i zgorzelinowych w płucach, ponieważ ostateczne zejście choroby zależeć może od wielu czynników ubocznych, pomiędzy któremi wczesność okresu stosowania odgrywa niepoślednią rolę *(bis dat, qui cito dat)*. Zdaniem naszem jednak, należy w powyższych przypadkach dawać alkohol możliwie jak najwcześniej, nie czekając ostateczności. Czynimy to z tem większą śmiałością, ponieważ na coraz obfitszym materjale klinicznym nie widzieliśmy dotychczas nigdy żadnych ujemnych jego skutków, stwierdzić zaś mogliśmy już wielokrotnie istotne i wielkie korzyści tej metody leczniczej.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI. Lwów.
St. asyst. Kliniki.

Odczyn Reid-Hunta u białych myszy uodpornianych surowicą i płynem mózgowo-rdzeniowym kobiet.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Dyr.. Prof. Dr. K. Bocheński.

Odczyn Reid-Hunta polega na spostrzeżeniu, że wyciągi z gruczołu tarczycowego uodporniają białe myszy na trujące działanie acetonitrylu *). Podobne działanie ma również surowica krwi chorych na chorobę Basedowa, jakoteż kobiet miesiączkujących.

Stosunek tego odczynu do ciąży badali Eufinger, Wiesbader i Foscaneanu. (1). Stwierdzili oni, że u białych myszy, którym poprzednio wstrzykiwano surowicę ciężarnych, odporność na trujące działanie składników acetonitrylu wzmogła się znacznie, w niektórych przypadkach nawet o 49,8%.

Podobnie i surowice chorych na rzucawkę porodową zwiększały odporność myszy od 50%—66%. Autorzy ci tłumaczą to zjawisko zwiększoną czynnością gruczołu tarczycowego w ciąży, zaczem przemawiałyby również zwiększona przemiana materji i zawartość jodu we krwi. Przeciw takiemu ujęciu sprawy jednak podnieść możnaby zarzut, że odczyn Reid-Hunta daje dodatnie wyniki również w mocznicy i w przypadkach gruźlicy połączonej z wysoką ciepłotą. Słusznie więc podnoszą wspomniani autorzy, że wyniki te możnaby równie dobrze odnieść do nieprawidłowej przemiany materji. Pewnem jest jednak, że ciąża powoduje pewne biologiczne zmiany we krwi, które dają się wykazać zapomocą tej metody.

Nasze badania obejmywały 51 ciężarnych i 24 nieciężarnych kobiet leczonych z powodu schorzeń ginekologicznych. Do doświadczeń używaliśmy białych myszy ważących około 20 g; wszystkie były trzymane i karmione ściśle w tych samych warunkach. Jako okres przygotowawczy ustaliliśmy 3 dni, w ciągu których trzem myszkom wstrzykiwaliśmy dwa razy dziennie po 0,5 cm³ surowicy, trzem innym zaś tę samą ilość płynu mózgowo-rdzeniowego. Dwie myszki służyły jako kontrola. W 24 godzin po ostatniem wstrzyknięciu rozpoczynaliśmy stopniowe zatruwanie wszystkich ośmiu myszy acetonitrylem, zwiększając zwolna dawki począwszy od 0,1 mg na 1 g wagi zwierzęcia.

W myśl wskazówek Bergmanna i Goldnera (2), jako granicę dawki śmiertelnej dla prawidłowych myszek uważaliśmy 0,6 mg trucizny (acetonitril Merck) świeżo przygotowanej w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej. Przekonaliśmy się jednak, że granicę tę należy nieco obniżyć, gdyż wielokrotnie 0,5 mg na 1 g wagi zwierzęcia zmuszeni byliśmy uważać jako prawidłową dawkę trującą i to zarówno dla zwierząt kontrolnych jak i uodpornionych.

Dotyczy to jednak tylko myszek zwolna zatruwanych stopniowo zwiększanemi dawkami. Jednorazowo bowiem wstrzyknięta dawka 0,5 mg na 1 g wagi nie powoduje zgoła żadnych objawów zatrucia. Występują one dopiero po wstrzyknięciu 3 mg na 1 g w., a jako dawkę śmiertelną można uważać 6 mg na 1 g wagi.

Wyniki nasze przedstawia następująca tablica:

1. Surowice 24 kobiet nieciężarnych:

L. przyp.		mg na 1 g w.
5	mięśniaków macicy	0,6
2	torbiele jajnika	0,6
1	torbiel jajnika	0,5
2	nieprawidłowe położenia macicy	0,5
2	zastarzałe pęknięcia krocza	0,6
2	wypadania macicy	0,6
2	wypadania macicy	0,5
2	raki macicy nienadające się do operacji	0,7
4	raki macicy nienadające się do operacji	0,6
2	raki macicy nadające się do operacji	0,6

Z przedstawionych zatem cyfr wynika, że surowica 8 kobiet zdrowych, a za takie można uważać kobiety z wypadniętą macicą, z zastarzałem pęknięciem krocza lub z nieprawidłowem ułożeniem macicy, nie zwiększyła ani też nie zmniejszyła wrażliwości białych myszek na truciznę.

Bez wpływu pozostały też surowice 14 kobiet z mięśniakami macicy, torbielami jajników i cierpiących na raka macicy bez względu na okres tego cierpienia. W 2 przypadkach raka szyi macicy nienadających się do operacji, surowica zwiększyła nieco odporność myszek o 0,1 mg na 1 g wagi. Jest to jednak zbyt mała różnica aby można było wyciągać stąd jakiekolwiek wnioski.

2. Surowice 51 kobiet ciężarnych, rodzących i położnic.

L. przyp.		mg na 1 g w.
4	ciężarne w II-III m. c.	0,6
2	ciężarne w IV. m. c.	0,6
2	ciężarne w IV. m. c.	0,7
1	ciężarna w V. m. c.	0,8
2	ciężarne w VI. m. c.	0,8
2	ciężarne w VIII. m. c.	0,9
2	ciężarne w X. m. c.	1,0
3	ciężarne w X. m. c.	0,9
2	rodzące na czasie	0,9
2	rodzące na czasie	1,0
2	rodzące na czasie	0,8
4	położnice w I tygodniu	0,7
4	położnice w II tygodniu	0,6
14	roniących w II i III m. c.	0,6
5	roniących w IV i VI m. c.	0,6

Tablica druga wskazuje, że odporność białych myszek nastrzykiwanych surowicą kobiet ciężarnych ulega pewnym zmianom i to zależnie od okresu ciąży. Ciała, które powodują zmiany odpornościowe u myszek pojawiają się w surowicy kobiet dopiero począwszy od IV-go m. c.

Nie da się wykluczyć, że znajdują się one w surowicy już od początku ciąży, a wówczas przyjąćby należało, że ilość ich jest niedostateczna do wywołania odczynu.

Za powstawaniem tych ciał w ciąży i skutkiem ciąży przemawiałoby to, że po przerwaniu ciąży surowica kobiet traci omawianą własność, jak tego dowodzi 19 przypadków poronień od II—VI m. c. Również surowice położnic po porodach czasowych tracą szybko własności zwiększania odporności myszek na truciznę, gdyż już po 10 dniach dawka trująca wynosi wartości prawidłowe. Zanikanie ciał uodporniających w surowicy zauważyć można u niektórych kobiet już w czasie samego porodu (2 przyp. — 0,8 mg). Naogół jednak pod koniec ciąży jakoteż w czasie porodu własności uodporniające zwiększają się znacznie.

Surowica ciężarnych, cierpiących na zatrucie ciążowe posiada również własności uodporniające w stopniu znaczniejszym, niż surowica zdrowych ciężarnych. Dowodzą tego 2 przypadki ciężarnych w X m. c. i 1 przyp. rodzącej na czasie, które z powodu rzucawki porodowej zmuszeni byliśmy rozwiązać zapomocą cięcia cesarskiego. Surowica tych kobiet zwiększyła odporność myszek do 1,0 mg na 1 g wagi zwierzęcia.

Podobne spostrzeżenia zrobili też Eufinger, Wiesbader i Foscaneanu (1).

---

*) cyjanek metylu CH_3CN.

Materjał doświadczeń naszych z płynem mózgowo-rdzeniowym obejmuje częściowo te same przypadki, które omawiano powyżej. Zestawiliśmy je w 3-ciej tablicy.

3. Płyn mózgowo-rdzeniowy 15 kobiet zdrowych i chorych gin.

L. przyp.		mg na 1 g w.
5	mięśniaków macicy	0,6
2	torbiele jajników	0,5
1	torbiel jajnika	0,6
2	nieprawidłowe położenia macicy	0,6
2	zastarzałe pęknięcia krocza	0,5
2	wypadania macicy	0,6
1	rak macicy (operowana)	0,7

Z tablicy powyższej wynika, że z wyjątkiem jednej chorej operowanej z powodu raka macicy, płyn mózgowo-rdzeniowy kobiet zdrowych i chorych ginekologicznie nie wpływał zupełnie na zmianę odporności białych myszek.

4. Płyn mózgowo-rdzeniowy 14 kobiet ciężarnych.

L. przyp.	mies. ciąży	operowana z powodu	mg na 1 g w.
2	III	niepękn. ciąża zewnątrzmaciczna	0,6
4	III—IV	pękn. ciąża zewnątrzmaciczna	0,6
1	VI	Tbc. pulm. i cięcie cesarskie	0,6
2	IX	plac. praev., cięcie cesarskie	0,6
1	X	plac. praev., cięcie cesarskie	0,7
3	X	niestos. por., niepr. ułoż. płodu, cięcie cesarskie	0,6
1	X	rzucawka por., cięcie cesarskie	0.7

Jak z powyższego zestawienia wynika, na 14 przypadków ciąży 2 razy tylko stwierdziliśmy nieznaczny wpływ płynu mózgowo-rdzeniowego na zwiększenie odporności myszek. Stanowi to zaledwie 14%. Przyczyną tego jest prawdopodobnie niedostateczna koncentracja tych ciał w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Co do surowicy noworodków, to krew pobrana z żyły pępkowej nie wykazywała zmian. Surowica jej wstrzykiwana myszkom nie zwiększała ich odporności lub tylko nieznacznie (0,5—0,6—0,7 mg na 1 g wagi). Odgrywają tu rolę zasadnicze różnice krwi matki i dziecka. (1).

Na podstawie przytoczonych doświadczeń możemy stwierdzić, że:

1. Surowica kobiet ciężarnych zawiera ciała, które zwiększają odporność białych myszy na trujące działanie acetonitrylu. Wykazać to można zapomocą odczynu Reid-Hunta.

2. Ciała te znajdują się w surowicy prawdopodobnie już od początku ciąży, lecz dopiero w II-ej połowie ilości lub stężenie ich jest dostateczne, aby wywołać wspomniane działanie i odczyn wyraźnie dodatni.

3. Płyn mózgowo-rdzeniowy kobiet ciężarnych zawiera również te ciała, lecz w bardzo małej ilości, niewystarczającej do wywołania dodatniego odczynu.

4. Zapomocą odczynu Reid-Hunta nie można rozpoznać wczesnej ciąży.

Piśmiennictwo.

1) Eufinger, Wiesbader, Foscaneanu: Arch. f. Gyn. 13 b. 1. — 2) Bergmann, Goldner: Z. Klin. Med. 1928, 108, 6. Med. Klin. 1928, 22.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. L. DAUM. Lwów.

Przypadek rozsianego bąblowca w jamie brzusznej.

Z Sanatorjum Położniczo-Ginekologicznego „Salus".

Bąblowiec — *echinococcus*, jest wągrem tasiemca wieńcogłowego — *taenia echinococcus* — pasorzytującego u psa, mającego w odróżnieniu od znanych pasorzytów tego rodzaju u człowieka, wszystkiego 4 człony długie na 3 — 6 mm.

Na małej główce jest umocowany dzióbek dokoła którego w dwu rzędach rozmieszczone są haczyki, a za nimi 4 ssawki. Ostatni człon tego tasiemca jest największy i zawiera w sobie około 500 jaj. Przeniesienie jaj pasorzyta albo członów jego z psa na człowieka może nastąpić drogą bezpośrednią — głaskanie, całowanie, albo pośrednio przez spożycie jakichś pokarmów, które zakaził jajami albo członami bąblowca, pies.

Z chwilą kiedy jaja tasiemca dostały się do przewodu pokarmowego człowieka, znika zarodkowa skorupa, a zarodki czerwiochy — *(scolex)* — wbijają się haczykiem, jakim są zaopatrzone, w ścianę jelita. Stąd dostają się albo bezpośrednio do naczyń krwionośnych i żyły wrotnej, albo też do naczyń chłonnych, a stąd przez przewód piersiowy do krwiobiegu.

Z krwią rozniesione mogą być do wszystkich organów, gdzie wyrastają na wągry lub bąblowce, które mogą być jedno albo wielokomorowe.

Bąblowiec jest to torbiel wielkości orzecha do pięści, o ścianach cienkich, składających się z dwu warstw, wypełniona cieczą przejrzystą, wewnątrz której znajdują się czerwiochy.

Na wewnętrznej powierzchni bąblowca wytwarzają się torebki zarodkowe, a w nich znajduje się w dużej ilości czerwiochy bąblowca. Czerwiochy zaopatrzone są w cztery ssawki i w wianuszek haczyków. Ilość nowopowstałych czerwiochów w bąblowcu jest bardzo wielka.

Rozrost bąblowca odbywa się bardzo wolno i może trwać lata całe, w końcu następuje jego obumarcie. Pęcherz cały się kurczy, ściany i zawartość jego wapnieją. Może jednak rozrastając się przebić do sąsiednich organów, albo też jam surowiczych i wywołać tam rozległe ropienie.

Najczęstszem miejscem usadowiania się bąblowca jest wątroba, śledziona i nerki. U kobiet rozwija się bąblowiec najczęściej pomiędzy szyją macicy a odbytnicą w tkance łącznej miednicy małej. Bardzo rzadko widzimy bąblowca na jajniku, (Schatz do roku 1885 podał 7 przypadków) trąbce lub macicy.

Rozpoznanie trudne ze względu na podobieństwo do innych guzów jamy brzusznej, jednym wskaźnikiem należy się kierować a mianowicie, ażeby w przypadkach, w których wyczuwamy więcej guzów niesymetrycznie rozmieszczonych w jamie brzusznej, obok innych przypuszczeń — nowotwory złośliwe — nie zapominać o bąblowcu. Jeżeli zaś wyczuwamy guz leżący poza macicą podobny do torbieli jajnikowej, należy również pamiętać o bąblowcu, tembardziej jeżeli jest mało ruchomy a niewielki.

Do ułatwienia rozpoznania posłużyć się możemy jeszcze badaniem krwi, bo wiemy że ilość eozynofilnych leukocytów w razie istnienia bąblowca znacznie jest zwiększona, drugim rozpoznawczym środkiem może być odczyn strącania — reakcja precypitynowa — a trzecim reakcja wiązania dopełniacza. O ile rozpoznanie torbieli jajnikowej lub innego guza umiejscowionego w miednicy małej niepewne, zawsze ostrożnie należy w czasie operacji usuwać guz, ażeby nie pozwolić na pęknięcie, gdyż uwolnione wtenczas czerwiochy rozsiewają się po jamie otrzewnej i w krótkim czasie mamy więcej guzów bąblowca w rozmaitych miejscach jamy brzusznej.

Przypadek taki właśnie miałem sposobność badać i operować u siebie w Sanatorjum i podaję poniżej krótki jego opis.

M. B., 22 lat wolna, nauczycielka przyjęta pod l. prot. 122/930 podaje, że przed 6-ciu miesiącami została operowana z powodu guza w jamie brzusznej — przebieg pooperacyjny gładki. Po powrocie do domu przez krótki czas czuła się zdrowa, od jakichś 4 tygodni ma wrażenie, że brzuch jej się powiększa, wyczuwa też, że przy obracaniu się i zmianach pozycji coś się w brzuchu porusza. Regularność prawidłowa.

Stan obecny: wzrost średni, budowa kośćca prawidłowa, podściółka tłuszczowa licho rozwinięta, płuca, serce bez zmian wypukowych i przysłuchowych. Brzuch normalnie wysklepiony, niebolesny, — w linji środkowej ciała widoczna szersza blizna pooperacyjna, świeża różowa sięgająca ponad pępek, dotykiem i uciskiem wyczuć można kilka guzów twardych, ruchomych, w rozmaitych miejscach rozmieszczonych. Płynu wolnego w jamie brzusznej wypukiem wykazać nie można. Badaniem dwuręcznem wyczuć można kilka guzów, jeden w okolicy jajnika lewego, jeden poza macicą, reszta w górze brzucha jakby pozostawała w łączności z siecią lub jelitami. Kiedy chorej zwróciłem uwagę, że musi się powtórnie poddać operacji, pomimo tego, a może dlatego, że rozpoznania pewnego zrobić nie mogę, oświadczyła mi, że pamięta, że po pierwszej operacji zmieniono napis na tablicy, a kiedy zapytałem czy napisano neoplasma czy echinococcus powiedziała, że to drugie.

Mając więc rozpoznanie pewne, następnego dnia wykonałem otwarcie jamy brzusznej.

Narkoza eterowa, wyciąłem bliznę po pierwszej laparotomji, a po otwarciu jamy brzusznej wylała się wpierw nieznaczna ilość płynu koloru bursztynowego, typowa dla bąblowca.

Po rozciągnięciu powłok stwierdziłem, że przy pierwszej laparotomji usunięto jajnik prawy, na jajniku lewym guz wielkości pomarańczy, gładki, elastyczny o ścianach przejrzystych, wypełniony cieczą jasną, taki sam guz z tyłu między macicą a odbytnicą, reszta guzów w liczbie 6 przyczepione do sieci. Udało mi się usu-

nać wszystkie 8 guzów bez pęknięcia, wycinając kawałki sieci. Zrobiwszy to, wszedłem ręką do jamy brzusznej i stwierdziłem, że jeszcze dwa guzy tej samej wielkości są przyrośnięte do dolnej powierzchni wątroby.

Wobec tego przedłużyłem cięcie do wyrostka mieczykowatego i po przecięciu więzadła obłego i odchyleniu żołądka udało się usunąć jeszcze i te dwa bąblowce bez pęknięcia. Górna powierzchnia wątroby gładka, czy jednak na tylnej powierzchni guzów bąblowca nie było, podać nie mogę. Skontrolowawszy jeszcze raz, teraz tem łatwiej, jamę brzuszną, zamknąłem ją szwem trzypiętrowym.

Przebieg pooperacyjny bardzo gładki, w 16 dni opuściła chora sanatorjum, z listem polecającym do lekarza w miejscu jej zamieszkania.

Przypadek interesujący z tego względu, że pierwotnie usadowiony był bąblowiec na jajniku prawym, co jak wyżej podałem zdarza się rzadko, prawdopodobnie ściana w czasie operacji wyjmowanego guza pękła i pomimo zabezpieczenia kompresami zawartość guza wlała się do jamy brzusznej, uwolnione czerwiochy — dały początek nowo wytworzonym bąblowcom.

Napozór niewinnie wyglądająca torbiel jajnikowa wymaga, jak z powyższego widoczne, zachowania wielkiej ostrożności w czasie operowania z obawy, aby ściany jej nie uległy naddarciu.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

A. KUHN. Lwów.

Przyczynek do historji uchwalenia polskich ustaw o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o izbach lekarskich.

Krótki zarys historji powstania izb lekarskich na ziemiach polskich zamieściłem w życiorysie Dr. Jana Papée'go [1]). Praca ta zawiera również krótkie wzmianki w przedmiocie, który chcę tu omówić nieco szerzej. Zamiarem moim jest zastanowienie się nad źródłami ustaw i przyjrzeć się tym pracom, które poprzedziły uchwalenie obu naszych ustaw z 2. grudnia 1921.

Pierwotny projekt rządowy ustaw oparty był na wzorach austrjackich, przeto wskazane jest rozpatrzenie sprawy organizacji stanowej, jak ona się przedstawiała w Austrji w zaraniu pracy organizacyjnej, a w szczególności na wiecach zrzeszeń lekarskich państwa rakuskiego w latach 1873 i 1876.

Bardzo interesujący referat wygłosił w r. 1876 prof. Józef Kaulich z Pragi [2]). Podstaw organizacji stanowej szukano początkowo (1873) w swobodnem zrzeszeniu się lekarzy wzorem niektórych państw niemieckich (Bawarja, Saksonja). Uważano, że zrzeszenia takie mogą należycie reprezentować stan lekarski, a lepiej będą prosperowały i będą ruchliwsze, aniżeli ciała z przymusem należenia. Jednak już w roku 1873 wyraźnie zarysowała się i przeciwna teza, streszczająca się w tem, że niezbędnie potrzebna jest organizacja odrębna od stowarzyszeń lekarskich, obejmująca wszystkich bez wyjątku lekarzy (za wzorem Brunświku). Z biegiem czasu ta druga koncepcja zyskiwała coraz więcej zwolenników, a jak Kaulich podnosi, stanowczo oświadczyła się za nią sekcja lwowska towarzystwa lekarzy galicyjskich i stowarzyszenie lekarzy czeskich w Pradze. To też K. uważa, że wniosek z r. 1873 co do organizowania stanu w swobodnych stowarzyszeniach lekarskich należy zmienić i dążyć do utworzenia izb lekarskich, obejmujących wszystkich lekarzy poszczególnych krajów koronnych (np. Galicji). Do zakresu działania izb zalicza K. prawne zastępstwo stanu lekarskiego, prawo wydawania opinij w sprawach zawodowych przed wniesieniem ich do ciał ustawodawczych, prawo dyscyplinarne względem członków izby, współdziałanie w pracach na polu zdrowia publicznego i w związku z tem prawo wysyłania delegatów do krajowych rad zdrowia, wreszcie urządzanie kas zapomogowych i ubezpieczeniowych oraz innych urządzeń dla lekarzy. Za pożądane, ale nie mające widoków powodzenia, uważa K. staranie się o zastępstwo izb przez wirylistów w ciałach ustawodawczych. Otóż mamy zakres działania dzisiejszych izb gotowy, już w r. 1876.

Po bardzo żywej rozprawie, w której brał udział prof. Oettinger z Krakowa, projekt prof. Kaulicha przyjęto. Jednak jeszcze 15 lat starań i usiłowań kół lekarskich było potrzeba, aby przyszła do skutku austrjacka ustawa o izbach z 22 grudnia 1891 [1]).

Zauważyć należy, że stosunki praktyki lekarskiej nie były unormowane ustawą powyższą, ani zresztą żadną inną — brakło więc w Austrji postanowień ustawowych co do spraw uregulowanych polską ustawą o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Przepisy dotyczące tej sprawy były zawarte przeważnie w przepisach z czasów Marji Teresy (główna norma sanitarna z r. 1770 i najwyższy patent z r. 1773), w małej zaś tylko części w późniejszych reskryptach ministerjalnych.

Jakkolwiek przy projektowaniu ustawy o izbach lekarskich rząd oparł się na ustawie austrjackiej, byłoby niesłuszne mniemanie, że lekarze zaboru austrjackiego byli wyłącznymi twórcami ustawy. Przeciwnie trzeba podnieść, że głos lekarzy Królestwa silnie zaważył szczególnie na ostatecznem sformułowaniu ustaw.

Myśl o izbach lekarskich zajmowała lekarzy Królestwa Kongresowego już w latach ośmdziesiątych wieku XIX. W ustawie Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie z r. 1906. w §. 2. wymieniono wśród celów stowarzyszenia „dążenie do wytworzenia izby lekarskiej Królestwa Polskiego". Nie dziw też, że gdy zaświtała wolność, znaleźli się w Warszawie pracownicy, którzy z zapałem i znajomością rzeczy zajęli się sprawą izb lekarskich. W r. 1915. poruszono sprawę w Stowarzyszeniu lekarzy polskich. W r. 1918. poruczył Minister zdrowia publicznego opracowanie projektu ustawy o izbach Dr. Józefowi Jaworskiemu, który omawia projekt przez siebie opracowany i przedstawiony ministerstwu w Nr. 51. Gazety Lekarskiej z r. 1918. Projekt ten był oparty na organizacji izb lekarskich w Galicji i był podówczas — tj. z końcem r. 1918. — rozpatrywany przez specjalną delegację z ramienia ministerstwa i przez towarzystwa lekarskie polskie.

Gdy padły szranki dzielące ziemie polskie, rozpoczęła się żywa wymiana zdań między lekarzami poszczególnych zaborów. Z początkiem r. 1919. — już za czasów ministra Janiszewskiego — zajmował się sprawą izb szczególnie wspomniany już J. Jaworski, podówczas dyrektor jednego z departamentów ministerstwa. Trzeba przyznać, że ministerstwo zadało sobie wiele trudu i pracy, aby przygotować należycie projekt ustawy przed wniesieniem go do sejmu ustawodawczego.

Z początkiem lutego i z końcem marca 1919. wpłynęły do izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej dwa projekty rządowe ustawy o zaprowadzeniu izb lekarskich w Państwie Polskiem, pierwszy z 17, drugi z 18 paragrafów. Projekt pierwszy jest prawie dosłownem powtórzeniem ustawy austrjackiej ze zmianami jedynie co do „rady honorowej". Zgodnie z ówczesną dążnością do centralizacji wszystkich agend w rękach ministerstwa zdrowia publicznego, ingerencję na tok spraw w izbach oddano ministerstwu bez pośrednictwa niższych władz politycznych [3]). Projekt drugi (z marca 1919) jest daleko lepiej skodyfikowany i zawiera ważne postanowienia, których brak w projekcie lutowym.

Pojęcie „izby lekarskiej" pozostało jeszcze zgodne z koncepcją austrjacką [4]): składa się ona z najmniej 9 członków, według drugiego projektu z 13—15 członków. Przewodniczącego izby projekt nazywa prezydentem; Wydział izby, według projektu, oznacza to samo, co prezydjum izby. Inaczej, jak w ustawie austrjackiej, w obu projektach rada honorowa jest oddzielnym organem izby, wybierana tym samym sposobem, jak prezydjum (wydział) izby tj. przez ogół lekarzy należących do izby. Władza dyscyplinarna rady honorowej została powiększona przez nadanie jej mocy odbierania lekarzom należącym do izby prawa wykonywania praktyki lekarskiej; w drugim projekcie tę sprawę jeszcze zaostrzono przez wprowadzenie postanowienia o trwałem pozbawieniu prawa wykonywania praktyki lek. Władzą odwoławczą od wyroków rady honorowej jest według pierwszego projektu rada honorowa izby lekarskiej innego okręgu, oznaczanej w każdym przypadku przez mi-

---

[1]) Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej 1930. Nr. 5 i 6.

[2]) Stenographisches Protokoll der Verhandlungen des II. Oesterr. Aerzte-Vereinstages. Wien 1876. str. 21. — 54. i 58. — 61.

[3]) Był to czas, kiedy nie istniała dzisiejsza II. instancja administracyjna (województwo) ani II. instancja adm. sanitarnej (okręgowe urzędy zdrowia) — istniały tylko starostwa i powiatowe urzędy zdrowia jako I. instancja oraz ministerstwo, jako II. i ostatnia instancja — lekarz powiatowy podlegał wprost ministrowi zdrowia publ.

[4]) „Izba lekarska" w Austrji była emanacją ogółu lekarzy, w ścisłem słowa znaczeniu przedstawicielstwem ogółu lekarzy danego okręgu terytorjalnego, złożonem z nielicznych osób i wybranem przez ogół lekarzy.

Według ustawy polskiej „Izbę lekarską tworzą wszyscy lekarze zamieszkali w okręgu izby i zapisani na jej listę jako członkowie izby"; przedstawicielstwo członków izby poruczono wyższej z wyboru radzie izby, więc zamiast austrjackiej „izby lekarskiej" reprezentuje u nas stan lekarski właściwa w danym okręgu „rada izby".

Tylko w nazwie „naczelnej izby lekarskiej" pozostała jeszcze reminiscencja koncepcji austrjackiej; tytuł właściwy tej instytucji, jakiegoby się domagała konsekwencja, powinienby brzmieć: Naczelna rada izb lekarskich.

nistra zdrowia publ., według drugiego projektu najwyższa rada honorowa lekarska przy ministerstwie zdrowia publ.

Projekt drugi przyznaje izbom oprócz prawa ściągania opłat i grzywien w drodze egzekucji administracyjnej [5]) także zwolnienie korespondencji urzędowej izby i rady honorowej od opłaty pocztowej [6]) — postanawia również, odmiennie jak w ustawie austrjackiej, że lekarze wojskowi w czynnej służbie oraz lekarze urzędowi są obowiązani należeć do izby lekarskiej, o ile pragną wykonywać praktykę, nie podlegają jednak radzie honorowej.

Oba projekty zawierają postanowienie, zgodne z duchem ustawy austrjackiej, że na posiedzenia ministerstwa zdr. publ., gdy będą omawiane sprawy wchodzące w zakres działania izb lekarskich, będą powoływani delegaci wybrani przez izby w charakterze członków nadzwyczajnych, z głosem decydującym.

Centralizacyjne tendencje, o których już wspomniano, szły tak daleko, że nawet wybory członków „izby" przeprowadzać miało ministerstwo zdr. publ.

Na oba powyższe projekty rządowe izba lek. wsch. gal. odpowiedziała opinją z 11 kwietnia 1919., opracowaną wspólnie z towarzystwem lekarzy galicyjskich i towarzystwem lekarskiem lwowskiem. Do opinji dołączono projekt ordynacji lekarskiej [7]), opracowany przez J. Papée'go i uchwalony na posiedzeniach wydziału izby lek. wsch. gal. w dniach 5. 12. 19. i 26. marca 1919 [8]).

W opinji wykazano potrzebę wprowadzenia w miejsce ustawy o zaprowadzeniu izb lekarskich ustawy obejmującej oprócz postanowień o reprezentacji zawodowej także wszelkie inne przepisy odnoszące się do lekarzy. Taką ustawą — twierdzono — może być „ordynacja lekarska", normująca wszystkie stosunki zawodu lekarskiego. Tem szerokiem ujęciem przedmiotu wywołano prace nad inną ustawą, przez rząd nieinicjowaną, mianowicie nad ustawą o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Podniesiono w opinji żądanie, aby wśród warunków uprawniających do wykonywania praktyki lek. umieszczono obowiązkowy rok praktyki szpitalnej [9]). Dalej żądano, aby lekarz przed rozpoczęciem praktyki lekarskiej był obowiązany zgłosić się w izbie i aby przed wpisaniem na listę członków izby nie wolno mu było rozpoczynać żadnej czynności lekarskiej [10]). Wreszcie wyrażono życzenie, aby izba była uprawniona do wprowadzenia urządzeń wzajemnej pomocy dla członków i rodzin, z przymusem należenia [9]).

Inne jeszcze poprawki do projektu rządowego zawierał memorjał izby lek. wsch. gal. z 4. IV. 1919. Proponowano zastąpienie w ustępie traktującym o obowiązku należenia do izby słów projektu „uprawnienia do praktyki" słowami „uprawnienia do wykonywania zawodu" i zwrócono na to uwagę, że dla uniknięcia nieporozumień, co do obowiązku należenia do izby, konieczne jest ścisłe określenie tego obowiązku w ustawie. Zamiast trzyletniej kadencji organów izby z wyboru proponowano (może mniej szczęśliwie) pięcioletnią; zamiast wyboru rady honorowej przez ogół lekarzy izby wybór przez pełną izbę (którą następnie w ustawie nazwano radą izby) [9]). Wreszcie uważano za wskazane wprowadzenie następującego postanowienia: „Lekarze wojskowi w czynnej służbie i lekarze urzędowi nie podlegają postanowieniom tej ustawy (o izbach). W razie jednak wykonywania praktyki prywatnej są obowiązani stosować się do przepisów etyki, obowiązujących w okręgu danej izby. W razie przekroczenia tych przepisów podlegają orzecznictwu swej władzy przełożonej, która winna przy wydawaniu wyroku uwzględniać przepisy etyki izby".

Opinja powyższa wraz z projektem „ordynacji lekarskiej" były bronione przez delegatów lwowskich na konferencjach warszawskich, zwołanych przez ministerstwo zdrowia publ. na dzień 25. kwietnia 1919. i przez stowarzyszenie lekarzy polskich na 27. kwietnia 1919.

Projekt „ordynacji lekarskiej", bardzo obszerny, o 68 paragrafach, obejmuje postanowienia co do wykonywania praktyki lekarskiej, przepisy o izbach lekarskich, rozdział o prawach i obowiązkach lekarzy, zawierający także ustępy z deontologji lekarskiej, rozdział o radzie honorowej, wreszcie postanowienia końcowe. Są w nim także postanowienia z rzędu przepisów regulaminowych. Wiele postanowień ważnych i pożytecznych przeszło z tego projektu do obowiązujących ustaw. Tu należą n. p. postanowienia o ubezpieczeniach izbowych z przymusem należenia, tutaj, w głównych zarysach, unormowanie postępowania rady honorowej wzgl. wprowadzonego na jej miejsce sądu izby, a także postanowienie co do uprawnienia izb ustanawiania cenników za czynności lekarskie. Art. 2. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej z r. 1921, tyczący się prawa wykonywania praktyki lek. w Państwie Polskiem, jest prawie dosłownem powtórzeniem projektu „ordynacji lekarskiej".

Natomiast kilka propozycyj pominięto ze szkodą dla sprawności izb. Z takich propozycyj wymieniam przyznane wydziałowi (zarządowi) izby prawa nakładania kar porządkowych np. za niestawienie się członka na wezwanie izby, za nieprzyjęcie pisma izby, za zaniedbanie obowiązku zgłoszenia się w izbie i t. p.

Wielu trudnościom byłoby zapobiegło przyjęcie propozycji, że „posady lekarskie obejmować wolno tylko na podstawie pisemnych umów, które przed wejściem w życie muszą być zatwierdzone przez izbę".

§. 37. projektu „ordynacji lekarskiej" opiewał: „Minister zdrowia publ. może zobowiązać lekarzy do użycia ich w publicznej służbie zdrowia w wypadku nadzwyczajnych stosunków, jeżeli do tego zmuszą względy zdrowotne, zwłaszcza potrzeba zwalczania chorób zakaźnych. Zarządzenie takie wyda Minister z. p. po wysłuchaniu opinji odnośnej izby lub wiecu izb". Propozycja ta dała powód do wstawienia do ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej artykułu 16, silnie zwalczanego przez większość lekarzy. Postanowienie ustawy nabrało zbytniej ostrości wskutek opuszczenia ostatniego zdania z przytoczonego §. 37. „ordynacji lekarskiej" i wykluczenia przez to izb od zabierania głosu w takich przypadkach.

Projekt „ordynacji lekarskiej" wprowadza oprócz wydziału izby i izby pełnej jeszcze walne zgromadzenie lekarzy o bliżej nieokreślonym zakresie działania, nadto wiece izb lekarskich z ewentualnym stałym wydziałem wykonawczym izb (według wzoru austrjackiego). Dok. nast.

[5]) Ustawa austrjacka nie przyznawała tego prawa izbom; prawo takie nadawała kraj. władza administracyjna — np. izba wschodnio-galicyjska posiadała je na zasadzie rozporządzenia namiestnictwa galicyjskiego z 30. VIII 1894. l. 42.628.

[6]) Prawa tego izby lekarskie obecnie nie mogą uzyskać.

[7]) Projekty ordynacji lekarskiej (Standesordnung), omawiane na kilku wiecach izb lekarskich austrjackich, zawierały niektóre postanowienia co do wykonywania praktyki lekarskiej, a głównie przepisy etyki lekarskiej. Projekt Papée'go obejmował całość spraw zawodowych lekarskich.

[8]) Nader ożywione prace przygotowawcze do tej opinji oraz uchwalenie projektu t. zw. „ordynacji lekarskiej" odbywały się w obliczu grozy oblężenia Lwowa, w czasie kiedy padali ludzie na ulicach miasta od wrogich kul, kiedy zginął pod Lwowem między innymi bratanek Papée'go, kiedy to Lwowianie przebywali chwile nader ciężkie, jak np. wybuch amunicji na dworcu kolejowym w środę popielcową (5. III.).

[9]) Uwzględniono w ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej względnie ustawie o izbach lekarskich z r. 1921.

[10]) Uwzględniono częściowo

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 12/31.

Warszawa, dnia 3 lutego 1931 roku.

Okólnik Nr. 16.

W sprawie świadectw zdrowia dla statków powietrznych, udających się do Grecji.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Rząd grecki podał do wiadomości Rządu Rzeczypospolitej Polskiej zarządzenie swe, w myśl którego udające się do Grecji statki powietrzne powinny być zaopatrzone w świadectwa zdrowia, wystawione przez władze służby zdrowia, właściwe dla miejsca odlotu.

W związku z tem Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) przesyła w załączeniu formularze rzeczonych świadectw z prośbą o zarządzenie przekazania ich lekarzom powiatowym w powiatach, posiadających porty lotnicze, do użytku w przypadkach wystawiania świadectwa dla statków, odlatujących do Grecji.

Koszty podróży lekarza na lotnisko i z powrotem oraz opłaty za oględziny lekarskie i wystawienie świadectwa ponosi właściciel (art. 16 ust. 3 międzynarodowej Konwencji Sanitarnej paryskiej z 17 stycznia 1912 r.) statku, na rzecz lekarza. Taksę oględzin zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych. Narazie ustanawia się ją w wysokości 10 zł.

Dr. Piestrzyński.
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Załącznik.

. . . . . . le . . . . 193 . . . | . . . . dnia . . . . . 193 . .

Service sanitaire du district	Służba zdrowia na powiat
. . . .	. . . .
Patente de santé.	*Świadectwo zdrowia.*
Je certifie, que le lieu de départ du aeronef . . . . pour . . . . ainsi que ses environs ne sont pas contaminés par la peste, le choléra, ou envahis par une épidemie quel-conque, notamment de typhus, de variole, dysenterie etc., que l'equipage et les passagers ne sont pas atteints d'une maladie contagieuse, qu'ils ne proviennent pas des lieux contaminés, et que les bagages et marchandises se trouvant à bord ne sont pas contaminés.	Zaświadczam, że miejsce odlotu statku powietrznego . . . . do . . . . jakoteż jego okolice nie są zakażone dżumą lub cholerą, ani też nawiedzone epidemją, w szczególności epidemją duru plamistego, ospy, czerwonki i t. d., że załoga i podróżni nie są dotknięci chorobą zakaźną i nie przybywają z miejsc zakażonych, tudzież że bagaże i towary, znajdujące się na statku, nie są zakażone.
Le Medecin du district:	Lekarz Powiatowy:

———

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Edgard Zunz: *Eléments de pharmacodynamie générale.* Masson et Cie. Paris, 1930. 465 str. Cena 75 fr.

Brak podręcznika farmakologji ogólnej, traktowanej zwykle bardzo pobieżnie przy farmakologji szczegółowej, dawał się odczuwać i tę lukę wypełnia powyższa książka, w której wyczerpująco omówione są ogólne zagadnienia działania środków farmakologicznych. Autor, profesor farmakologji w Brukseli był najbardziej — ze względu na swoje poprzednie prace — powołany do zebrania i opracowania ogólnych praw działania farmakodynamicznego różnych środków oraz podania tego w formie łatwej i przejrzystej.

Początkowe rozdziały traktują o wchłanianiu różnych ciał z powierzchni błon śluzowych, skóry, tkanki podskórnej i t. d. oraz o zmianach chemicznych, jakim one podlegają w sokach ustroju i w tkankach. W dalszych rozdziałach omawia zmiany, zachodzące w poszczególnych składnikach morfotycznych i chemicznych krwi pod wpływem różnych środków farmakologicznych. Osobne rozdziały przedstawiają rolę narządów (wątroba i in.) w zatrzymywaniu wielu ciał oraz zmiany, jakim podlega wydzielanie gruczołów dokrewnych (adrenalina, insulina) pod wpływem niektórych środków. Drogi wydalania, szybkość i czas wydalania różnych ciał, kumulacja stanowią jakby zakończenie pierwszej części.

Bardziej ciekawe są tak aktualne zagadnienia tolerancji czy nietolerancji na pewne środki i wpływ właściwości gatunkowych, rasowych, osobniczych, dziedzicznych lub nabytych, czynników zewnętrznych, drogi wprowadzania środka i t. d. na te stany uczulenia czy odczulenia organizmu. Działanie wspomagające i antagonistyczne kilku środków omawiane jest dość obszernie, natomiast zależność działania farmakodynamicznego od budowy chemicznej jest potraktowana dość pobieżnie. Trzeba zresztą przyznać, że wiadomości nasze w tej dziedzinie są bardzo obfite, ale mało ustalone.

Sposoby oznaczania biologicznego wartości niektórych środków (jednostki biologiczne) i krótki opis metod, używanych w badaniach farmakodynamicznych kończy tę bardzo pożyteczną książkę, którą można polecić każdemu lekarzowi interesującemu się rozwojem farmakodynamiki i pragnącemu na podstawie tych praw uprawiać terapję racjonalną.

Skowroński (Lwów).

———

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 4, z 15 lutego 1931: B. Kowalski: Rozpoznanie różniczkowe ciąży i najważniejszych nieprawidłowości ciążowych. — W. Łuczyński: Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia. — A. Gruszecka: Czy szczepienie zimnicy luetykom może zapobiec wystąpieniu porażenia postępującego i wiądu rdzenia?. — Fr. Raszeja: V. Międzynarodowy kongres przyrodolecznictwa w Liège.

Polska Stomatologja, rok IX, nr. 1, za styczeń-luty 1931: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.). — H. Allerhand: XXIV. Zjazd doroczny Fédération dentaire internationale Bruksela, 10—17 sierpnia 1930.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok VI, nr. 2, z r. 1931: I. Bujalski: Pracownicy umysłowi a zapobieganie stanom chorobowym. — I. Zieliński: Uwagi interpretacyjne do art. 5 i 6 rozp. Prezydenta o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. — H. Sasowski: Akcja zapobiegawcza w ubezpieczeniu emerytalnem pracowników umysłowych. — Z. Wyżnikiewicz: Sprawa ubezpieczenia przechodniego w ubezpieczalni krajowej w Poznaniu i Zakładzie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa w Król. Hucie.— H. Greniewski: Pewne zagadnienie dotyczące ubezpieczenia pośmiertnego i starczego.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 4, z 15 lutego 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — E. Mittelstaedt: Sprawozdanie lekarskie z oddziału szpitalnictwa magistratu miasta Łodzi za r. 1929 (dok.). — St. Głebocki: Reorganizacja lecznictwa kasowego w Niemczech. — Z. Rudolf: Higjena urbanistyczna. — M. Haber: Zagadnienia bytu stanu lekarskiego.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 8, z 19 lutego 1931: I. Walc: Ś. p. Prof. Dr. Bronisław Sawicki. — St. Kramsztyk: Icterus neonatorum gravis familiaris. — I. Pinczewski i M. Wolf: O nietypowych objawach, występujących w zapaleniu wielonerwowem (c. d.). — J. Czarkowska: Gladney: Metody hodowania zarazka wakcyny ospowej na podłożach sztucznych (Streszcz. zbior.). — M. Zachert: O działalności przychodni przeciwjaglicznych.

Przyroda i technika, rok X, nr. 2, z lutego 1931: A. Czudek: Żubry w lasach śląskich. — W. Terajewicz: Nieco o psychiatrii współczesnej. — F. Burdecki: Siłodajne słońce. — I. Lambor: Gdynia, najnowocześniejszy port Bałtyku.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 8, z 22 lutego 1931: P. Dyzbowska: Spostrzeżenia nad niektóremi roślinami leczniczemi w roku 1928. — Sprawy zawodowe.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XIII, zeszyt 1—2, z r. 1931: Z. Świder i J. Walewski: Badania nad antagonizmem trypsyno-insulinowym. — F. Przesmycki: Badania nad zmiennością drobnoustrojów. Doniesienie I. Badania nad formami S. i R. pał. czerwonki i pał. czerwonki rzekomej. — J. Czarkowska: Badania nad zarazkiem anemji szczurów. Bartonella muris ratt. — L. Ingbermanówna: Bakterje przewodu pokarmowego węża (Zaskroniec — Tropidonotus natrix). — A. Goldfederówna: O przemianie materji w tkance nowotworów złośliwych na podstawie badań najnowszych (Streszczenie doświadczeń własnych). — I. Seydel: Odczyny Widala i posiewy z krwi. — S. Sierakowski i Melzak: Wpływ stężenia H na przebieg reakcji Sachsa-Georgi'ego. — Z. Szymanowski: Różniczkowanie szczepów paratyfusowych (Salmonella) w świetle badań najnowszych (Streszczenie zbiorowe).

Zdrowie, rok XLVI, nr. 1—2—3, z 20 stycznia 1931: Numer poświęcony pamięci Dr. W. Boguckiego. — R. Błędowski: Wspomnienie. — I. Grodecki: Życie górne i chmurne. — St. Kalinowski: Ze wspomnień osobistych. — K. Karaffa-Korbut: Kilka wspomnień o ś. p. D. W. Boguckim z czasów wojny światowej. — F. Kasperowicz: Medycyna społeczna a samorząd. — W. Rabczewski: D. Wincenty Bogucki w dziedzinie techniki sanitarnej. — Wielmowski: Wspomnienie. — K. Stompkowska-Grodecka: Wspomnienie. — O. Bujwid: Pierwsze bakterjobójcze badanie wody wodociągowej i powstanie miejskiej pracowni badań środków żywności w Warszawie. — W. Gądzikiewicz: Zanieczyszczenie rzeki Czarnej Pszemszy ściekami Zagłębia Dąbrowskiego. — T. Janiszewski: Określenie higjeny i jej działów. — K. Karaffa-Korbutt. Rola metody statystycznej w sprawie określenia i badania chorób zawodowych. — K. Karaffa-Korbutt: O Polskim Instytucie

Pracy. — F. Kasperowicz: Badanie na zanieczyszczenie mleka rynkowego w Wilnie. — A. Ławrynowicz. Zakres i kierunki współpracy Stacyj Higjeny zapobiegawczej i Instytutów Higjeny. Rymarzewski: Stan sanitarny wileńskich zakładów dla fabrykacji wód gazowych. — A. Safarowicz: Sanitarne badania wody w Wilji w lecie 1930 r. — A. Swat: Badania siły bakterjochłonnej odkurzaczy „Electrolux" nowego typu. — L. Regmunt-Sobieszczański: Spostrzeżenia nad wzgórkiem Darwina u ludności Warszawy. — C. Wroczyński i S. Szelicki: Wartość praktyczna pracy poradni przeciwgruźliczych w Warszawie w świetle liczb sprawozdawczych z roku 1929. — M. Kacprzak: Rozwój poglądów na istotę duru brzusznego. — L. Padlewski: Garstka wspomnień o ś. p. W. Boguckim.

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 2, z lutego 1931. J. Marczyński: Sanatorjum Kasy chorych miasta Lwowa. — A. Kamienobrodzki: Sanatorjum Kasy chorych dla chorych piersiowo we Lwowie. — A. Sabatowski: Sanatorjum przeciwgruźlicze miejskie wobec nowych wymogów lecznictwa. — E. Miziura: Stan ubezpieczeń w zakresie walki z gruźlicą na terenie Okr. Związku Kas chorych we Lwowie. — M. Jonas: Obecny stan lecznictwa t. zw. gruźlicy chirurgicznej. — A. Gruca: Nowsze sposoby chirurgicznego leczenia gruźlicy stawu biodrowego.— St. Bühn. Rozpoznawanie gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych. L. Füllenbaum: O leczeniu gruźlicy skóry. — A. Luftman: Gruźlica a oko. — Z. Oxner: Kasy chorych a leczenie sanatoryjne gruźlicy płuc. — E. Elster: Gruźlica a kwestja mieszkaniowa.

Wiadomości Kas chorych, rok II, nr. 2, z 15 stycznia 1931: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Orzeczenia — wyroki — wyjaśnienia. — Ubezpieczenie społeczne zagranicą. — Walka z gruźlicą. — Z życia Kas chorych.

Therapia nova, rok III, nr. 1, ze stycznia 1931: St. Kramsztyk: W sprawie powstawania wola i jego leczenia. — E. Wajs: Przypadek zapalenia dróg moczowych, wywołanego ciałem obcem, pozostawionem w ustroju w czasie zabiegu operacyjnego.

Medycyna, nr. 4, z 21 lutego 1931: Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. Prof. B. Sawicki. — I. Zalewski: Istota i wartość kliniczna odczynów biologicznych w rzeżączce. — L. Kwarebart: O promienicy skóry. — A. Żebrowski: Przypadek niezwykłego objawu przetokowego w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego. — K. Karaffa-Korbutt: O źródłach wiedzy higjenicznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 3. — 1931.

P. Wilmont i J. Patel. *Postępowanie przy otwartem zwichnięciu stawu łokciowego.* W 2 przypadkach, które dostały się do szpitala w kilka godzin po wypadku autorowie wycięli zmiażdżone części miękkie, zatamowali krwawienie i zreponowali zwichnięcie, nie starając się z powodu dużego zniszczenia naprawiać torebkę i więzadła stawowe ani też zeszywać nerw promieniowy. W 1 przypadku przy porażeniu n. promieniowego licząc się z trudnością wyszukania w bliźnie przerwanych końców, zastosowali po 40 dniach transplantację ścięgien wg. sposobu Jonesa. Wynik tej operacji był mniej zadowalający z powodu wtórnego wydłużenia się transplantatów.

Ch. O. Guillaumin: *Interferometrja według Hirscha w diagnostyce raka i zaburzeń gruczołów dokrewnych.* Interferometrja opiera się na teorji Abderhaldena o istnieniu we krwi fermentów obronnych i ma przewagę nad innemi metodami swą ogromną czułością, ponieważ pozwala określać te fermenty nawet ilościowo. Ale też ta nadmierna czułość jest przyczyną, że tylko w rękach bardzo ostrożnych i wyspecjalizowanych badaczy może dawać dobre wyniki, ponieważ małe uchybienia w trudnej technice badania dają duże błędy.

Surowica krwi zadana specjalnie spreparowanemi białkami różnych tkanek t. zw. opzymami rozszczepia łatwo pewien opzym. Przy pobieraniu surowicy krwi musi się przestrzegać ścisłych przepisów, szczególnie stan chorego (charłactwo, trawienie, gorączka i t. p.) odgrywa duże znaczenie. Na podstawie badań interferometrycznych trzeba przyjąć, że nawet surowica normalnego osobnika zawiera fermenty, rozkładające wszystkie tkanki i narządy normalne, a tylko przez ilościowe określenie z większą liczbą preparatów tkankowych (opzymów) można wyciągać wnioski diagnostyczne. Nawet różne sprawy chorobowe tego samego narządu mogą być w ten sposób rozpoznane.

Przez zbadanie na fermenty rozkładające różnych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, można łatwiej rozpoznać zaburzenia w ich czynności, ponieważ zaburzenia są najczęściej nie jedno, ale wielogruczołowe. Interferometrja wraz z badaniem przemiany podstawowej może znacznie rozszerzyć dotychczasowe badania w endokrynologji.

Nr. 4. — 1931.

L. Bernard: *Zatrzymanie rozwoju choroby w gruźlicy płuc.* Autor nie omawia poprawy czy wyleczenia, osiągniętego właściwemi zabiegami leczniczemi (odma, złoto, zabiegi chirurgiczne i t. d.), tylko ogranicza się do omówienia poprawy lub wyleczenia w znaczeniu klinicznem, występującego samoistnie lub po t. zw. leczeniu sanatoryjnem. Gruźlica ostra (suchoty galopujące, prosówka, *pneumonia caseosa)* prowadzą z reguły do zejścia śmiertelnego, tylko rzadkie przypadki symulujące formę serowatą mogą się wyleczyć. Poprawia się często forma ostra poronna z nagłym krwotokiem i niepokojącemi objawami u osobników dotąd zupełnie zdrowych. Przy przewlekłej gruźlicy płuc, *tbc. ulcero-caseosa* łatwiej się poprawia aniżeli powoli rozwijająca się *tbc. ulcero-fibrosa.* Trzecia forma chronicznej gruźlicy płuc, forma prosówkowa, rozwija się bardzo powoli i przechodzi w *tbc. ulcero-caseosa* albo też rozwój gruzełków nie postępuje dalej, a nawet mogą one zupełnie zniknąć z obrazu rentgenologicznego. Przy wszystkich poprawach klinicznych można stwierdzić też, że proces anatomiczny staje lub cofa się. Zatrzymanie się rozwoju procesu gruźliczego nie może być uważane za wyleczenie gruźlicy, tylko dłuższa obserwacja i dokładne wielostronne badania mogą to potwierdzić.

R. A. Gutmann i R. Jahiel: *Przejściowa niedrożność zespolenia żołądkowo-jelitowego.* W pewien czas po wykonaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego występuje całkowita niedrożność. W 4 opisanych przypadkach wystąpiły objawy niedrożności zespolenia w 1—3 miesięcy po wykonaniu operacji. Po zastosowaniu odpowiedniej diety i leczenia wewnętrznego (belladonna, atropina, bizmut etc.) niedrożność ustąpiła i badanie rentgenologiczne wykazywało sprawne funkcjonowanie zespolenia. Przyczyną takiej przejściowej niedrożności jest prawdopodobnie obrzęk zapalny błony śluzowej otworu zespoleniowego i skurcz spastyczny mięśniówki, zaczem przemawia dobry wynik leczenia.

Nr. 5. — 1931.

J. Darier i A. Tzanck: *Obecne leczenie wyprysków.* Autorowie tezy swe ujmują następująco:

1) działać miejscowo celem ulżenia choremu, osłaniać, oczyszczać, używać przymoczek, zasypek, past i t. d. z dodatkiem środków antyseptycznych lub redukujących zależnie od przypadku,

2) starać się znaleźć przyczyny miejscowe (fizyczne, chemiczne, drobnoustrojowe etc.) występowania wyprysku i leczyć przyczynowo,

3) pamiętać o tem i starać się wyszukać odległe, ukryte ogniska infekcyjne lub pasorzytnicze, które mają znaczenie w etjologji wyprysków,

4) usunąć o ile to możliwe przyczyny natury zawodowej, pokarmowej i t. p.,

5) zwalczać błędy higjeniczne, starać się poznać zaburzenia układu wegetatywnego i gruczołów dokrewnych i dążyć do ich usunięcia,

6) ocenić dziedziczne lub nabyte wady organiczne czy funkcjonalne, które mogą usposabiać do występowania wyprysków,

7) wkońcu starać się odczulić chorego przez stopniowe przyzwyczajanie do specyficznego czynnika, wywołującego wyprysk, przyczem należy pamiętać, że droga wprowadzania ma duże znaczenie. Można też odczulić środkami niespecyficznemi i tu również należy próbować różnych dróg wprowadzania do organizmu.

Nr. 6. — 1931.

F. Legueu i Dossot: *Dysektazja szyjki pęcherza moczowego.* Autorowie określają nazwą dysektazji zaburzenia w oddawaniu moczu, polegające na zatrzymaniu moczu w pęcherzu wskutek niezdolności rozszerzania się szyjki (cewki) moczowej. Przyczyny dysektazji mogą być natury nerwowej albo też mogą leżeć w zmianach anatomicznych cewki. Przerost stercza i nowotwory są częstą przyczyną tego zaburzenia, ale nie można tłumaczyć tego mechanicznie przez ucisk, ponieważ ani wielkość ani jakość (płat środkowy czy boczne) guza nie idzie w parze z zatrzymaniem moczu. U takich chorych często nagle występująca niemożność oddawania moczu zdaje się przemawiać, że

infekcja oraz miejscowe czynniki natury nerwowej odgrywają tu dużą rolę. Dysektazja może być wywołana przez zaburzenia nerwowe miejscowe (cystoskopja), okolicznych narządów (po operacjach w miednicy), oraz centralne (*tabes* i in.). Przy zmianach anatomicznych szyjki dysektazję należy tłumaczyć utratą elastyczności i zesztywnieniem tkanki, co powoduje niezdolność otwierania się, a przy dysektazji nerwowej trzeba przyjąć, że mięsień-zwieracz jest nadmiernie napięty.

B. Desplas i J. Meillère: *Cholecystostomja z odprowadzaniem żółci nazewnątrz.* Autorowie proponują stałą przetokę woreczka żółciowego przy użyciu sondy i opisują technikę bardzo prostego i lekkiego zabiegu operacyjnego. Usuwanie żółci ma znaczenie przy zapaleniach i zastojach woreczka żółciowego, dróg żółciowych, wątroby i trzustki. Operacja jest wskazana przy zapaleniach woreczka żółciowego albo też gdy radykalniejsza operacja jest cięższa lub niemożliwa, następnie przy *pancreatitis chronica*, przy *angiocholitis*, w niektórych przypadkach zapalenia lub zaburzeń czynnościowych wątroby ewent. w połączeniu z piciem wód mineralnych.

N. Kisthinios i D. M. Gomez: *Przyczynek do patogenezy i leczenia niedomogi sercowej przy chorobie Basedowa.* Różne teorje: mechaniczna przez ucisk tarczycy na tchawicę, nerwowa sympatykotoniczna i toksyczna przez wydzielinę tarczycy, które starają się wytłumaczyć powstawanie niedomogi serca, nie mają pewnych podstaw faktycznych. W doświadczeniach na zwierzętach różni autorowie stwierdzili, że tarczyca lub tyroksyna wywołuje zmiany w mięśniu sercowym i zawartość glikogenu w sercu zmniejsza się lub znika zupełnie. To skłoniło autorów do zastosowania leczenia stanów niedomogi cukrem z dodatkiem insuliny, opierając się na tem, że w chorobie Basedowa jest względny brak insuliny. Cukier podawano doustnie (80 g syropu) i 4 j. insuliny podskórnie. W 3 przypadkach po kilku dniach ustąpiła niedomoga, podczas gdy poprzednio przeprowadzona kuracja naparstnicą lub ouabainą nie dała żadnych wyników.

G. Delater i M. Chailly: *Leczenie żylaków zastrzykami u ludzi z przebytem zapaleniem żył.* Na 131 przypadków z przebytem zapaleniem żył leczyli 96 z dobrym wynikiem. Przy odpowiednim doborze przypadków obawy zakażenia lub zaostrzenia dawnej sprawy chorobowej są bardzo małe. Należy wstrzykiwać najprędzej w dwa lata po przebyciu zapalenia i od tego czasu przy zupełnym braku objawów. Bardziej niebezpieczne są głębokie zapalenia o typie *phlegmasia alba dolens* aniżeli powierzchowne zapalenia żył.

L. Delrez i M. Paris: *Cholecystografja i rytm wydalania tetrajodfenolftaleiny przez wątrobę.* Nagromadzenie się jodu w żółci jest zależne od drogi wprowadzenia tetrajodft., przy podawaniu doustnem jest żółć uboższa w jod jak przy wstrzykiwaniu dożylnem. U różnych osobników przy wstrzykiwaniu dożylnem rytm wydalania jodu przez wątrobę jest różny tak co do czasu jak ilości wydalonego jodu. W 3 przypadkach najwyższej ilości jodu w 1 l żółci były 292—3.149 mg, całkowita ilość w 24 godzinach od 13,2% do 47,5% ilości wstrzykniętej. Praktyczna wartość tych doświadczeń polega na tem, że nie można się ograniczać do jednorazowego zdjęcia rentgenologicznego po 10 godz., ale należałoby uchwycić ten okres, kiedy woreczek żółciowy zawiera największe stężenie środka kontrastowego.

J. Schoemaker: *Postepowanie operacyjne przy wnętrostwie.* Autor poleca dawną metodę Hahna jako bardzo prostą i opisuje technikę. W 10 przypadkach otrzymał wyniki doskonałe.

E. Halphen i N. Djiropoulos: *Leczenie poronne bakterjofagiem ropowicy migdałka.* Wstrzykują do ropowicy 2 cm³ bakterjofaga gronkowcowego i prócz tego robią autohemoterapję. Wyniki tego leczenia są dobre, szybko ustępuje ból i obrzęk, wyleczenie do 2 dni. W rzadkich wypadkach trzeba powtórzyć wstrzykiwania. Na 300 przypadków tylko 10% było opornych na leczenie bakterjofagiem.

P. Hartenberg: *Znaczenie odwodnienia organizmu w leczeniu padaczki.* Podobnie jak autorowie amerykańscy H. już dawniej zwrócił uwagę na odwodnienie w padaczce i zaleca dziennie nie więcej jak 200 cm³ płynu, przyczem ogranicza również sól i to niezależnie od kuracji bromem. Bardzo dobrych wyników leczniczych nie można tłumaczyć ani wpływem na regulację kwasowo-zasadową, ani też zmniejszeniem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, tylko trzeba przyjąć, że nawodnienie mózgu jest czynnikiem drażniącym komórki nerwowe.

Nr. 7. 1931.

R. Sabouraud: *Znaczenie usuwania włosów szczypczykami w dermatologji.* Zniknął już z greckiej medycyny przejęty sposób leczenia parchów głowy przez wyrywanie włosów przy pomocy t. zw. czapki Heliodora, chociaż autor, który w młodości widział ten zabieg, nie uważa go za bardzo barbarzyński i bolesny. Zamiast tego zabiegu wprowadzono epilację przy pomocy szczypczyków i każdy szpital skórny posiadał takich specjalistów. Obecnie wprowadzono powszechnie epilację promieniami Roentgena, zdawałoby się znaczny postęp w leczeniu, ale nie mogą one zastąpić epilacji szczypczykami, ponieważ nie można w razie potrzeby naświetlać kilkakrotnie. W wielu chorobach pasorzytniczych i bakteryjnych skóry nie można sobie wyobrazić wyleczenia bez dokładnego usunięcia włosów, czego z wielu względów nie są w stanie uczynić różne nowsze sposoby. Autor wyraża życzenie, by medycyna obok nowych metod leczenia nie zarzucała wypróbowanych starych, a w szczególności, by nie zapominano o epilacji szczypczykami przez wyszkolonych w tem ludzi.

R. le Clerc: *Leczenie tężca surowicą w znieczuleniu ogólnem.* Coraz więcej mnoży się przypadków wyleczenia tężca przez wstrzykiwanie specyficznej surowicy przy równoczesnem stosowaniu znieczulenia ogólnego przy użyciu chloroformu lub innych środków. Dobre wyniki lecznicze tą metodą należy tłumaczyć tem, że środek znieczulający ruguje z tkanki nerwowej toksynę tężcową, która przez równocześnie podawaną antytoksynę w surowicy zostaje związana. Że tak jest, za tem przemawiają doświadczenia autora *in vitro*, w których wykazał, że toksynę tężcową dodaną do tkanki mózgowej można przez traktowanie tej mieszaniny eterem wykazać w stanie wolnym wstrzykując ją myszkom, podczas gdy bez dodatku eteru tkanka mózgowa wiąże tak silnie toksynę, że tężca wywołać nie można.

R. Goiffon: *Zaburzenia jelitowe po spożyciu surowej skrobji w szczególności bananów.* Fermentacje węglowodanów stanowią częste zaburzenia w trawieniu jelitowem, mimo tego że nie dają one wyraźnych objawów klinicznych. Szczególnie skrobia surowa zwiększa te fermentacje i może dawać nawet ciężkie objawy kiszkowe. Dlatego też przy zaburzeniach fermentacyjnych należy baczną zwracać uwagę na przygotowanie pokarmu węglowodanowego i pamiętać, że źle ugotowany ryż lub tapioka albo też banany zjadane na surowo mogą podtrzymać lub wywołać takie sprawy chorobowe.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 73. — Z. 1.

Amandus Wirth i Gertrud Köhn v. Jeski: *Doświadczenia, oparte na 600 przypadkach wyrwania nerwu przeponowego.* (Z sanatorjum ludowego w Landeshut).

Autorzy, opierając się na 600 przypadkach ekshairezy, n. przeponowego, są zdecydowanymi zwolennikami tego zabiegu zarówno ze względów lekarskich, jak i gospodarczo-społecznych. Wyrwanie nerwu przeponowego —podług autorów — jest zabiegiem względnie niewinnym: na 600 przyp. tylko w 9 nastąpiło powikłanie w postaci nieznacznego krwawienia żylnego z głębi, zatrzymanego przez zwykłą tamponadę; w 11 na 727 przyp. (doliczono późniejsze 127) — 1,5% miały miejsce świeże nacieczenia, wzgl. aspiracyjne pneumonje, spotykane również w przypadkach odmy i torakoplastyki; ani razu natomiast nie stwierdzono ani zatoru ani t. zw. zespołu gastro-kardjalnego. Jeżeli zważyć oprócz tego, że zabieg ten bywa jednorazowym, że dodatnie wyniki — nie gorsze, niż po stosowaniu odmy (o czem mowa będzie niżej) ujawniają się już w b. krótkim stosunkowo czasie, zrozumiemy, dlaczego autorzy uważają, że powinien on być stosowany w pierwszym rzędzie — przed próbą nakładania odmy sztucznej, dającej tak często niepożądane powikłania i zmuszającej pacjenta do kosztownego dla niego lub instytucji, długotrwałego i uciążliwego leczenia.

Operacji dokonywano pod znieczuleniem miejscowem, układając pacjenta nawznak z głową, silnie wtył przechyloną (co zapobiegać ma zatorowi); cięcie prowadzono poprzeczne — częściowo ze względów kosmetycznych. Długość usuwanego nerwu wahała się w granicach od 1—42 cm — średnio równała się 12 cm. Jest to ta najmniejsza długość, która mniej więcej gwarantuje (o ile niema w danym przypadku anastomoz) trwałe wyniki: po usuwaniu mniejszej długości następował nawrot do stanu normalnego i to tem prędzej, im krótszy odcinek usuwano.

W 3-ch przypadkach nerwu nie odnaleziono, w 4-ch znaleziono po dwa dodatkowe nerwy przeponowe.

Materjał dotyczył wyłącznie osobników rodzaju żeńskiego i składał się przeważnie z bardzo ciężkich przypadków:

w 253 przyp. = 42,2% miało się do czynienia z rozległemi obustronnemi zmianami gruźliczemi w płucach; większe jamy

były w 408 przyp. = 68%, małe — w 52 przyp. — czyli w 460 przyp. = 76,6% miano do czynienia z wyraźnemi sprawami rozpadowemi.

Wczesnych nacieczeń było 31, z tych 12 z objawami rozpadu, 4 — z obustr. nacieczeniami podobojczykowemi.

Jednostronnego izolowanego wyrwania n. przeponowego (która nas tu specjalnie obchodzi) dokonano w 502 przyp. = 83,7%.

W kwietniu 1929 r. przeprowadzono kontrolę przypadków, dokonanych w okresie — 1924 — do lipca 1928 r.

W ten sposób wyeliminowano 106 przyp. z okresu od 1. VII. 1928 — 1. I. 1929 r., 72 przyp., przyjęte w 1929 r., 16 w których zabiegu dokonano w styczniu 1929 r. i 3 przyp., gdzie nerwu nie odnaleziono.

Z pozostałych 403 — zmarło 158 = 39,2%, niezdolnymi do odbycia podróży okazało się 27 = 6,7%, przeprowadziło się do innych części państwa 15, nie mogło porzucić pracy zawodowej 4-ch, wskutek oczekiwanego rozwiązania nie mogło przyjechać 2, żadnych wiadomości nie otrzymano od 12 = 3%.

Ze 185 chorych, które do kontroli się stawiły — w 15 przyp. badanie przeprowadzono po upływie 5 lat, w 11 — po 4-ch latach, w 30 — po 3-ch latach, w 67 — po 2-ch latach i w 62-ch po 1 roku.

121 osób miało kawerny. W 7-u przyp. była zastosowana również i odma, w 5 — torakoplastyka.

Reszta dotyczyła przypadków izolowanego wycięcia nerwu przeponowego. Wyniki w tych przypadkach były następujące:

1) w 109 przyp. trzeciorzędowych spraw z jamami: a) zupełne zniknięcie jam w 29 przyp. = 26,6%, b) znaczna poprawa w 14 = 12,8%, c) bez zmian 22 = 20,2%, d) pogorszenie — w 44 = 40,4%;

2) w 10 przyp. wczesnych nacieczeń, w tem 5 z wczesnemi jamami — wyleczenie kl. w 10 przyp. = 100%;

3) w 38 przypadkach guzowato marskiej sprawy bez jam — znaczna poprawa w 28 przyp. = 73,7%, bez zmian 7 przyp. = 18,4%, pogorszenie w 3-ch = 7,9%;

4) w 4-ch przyp. z komplikacjami w postaci rozstrzeni oskrzelowych dodatnie wyniki w 2-ch przyp. = 50%, bez zmiany w 2-ch przyp. = 50%;

5) długotrwały wynik dodatni w 1-ym przypadku wysięku opłucnego.

Dodatnie wyniki wycięcia n. przeponowego uwidoczniają się z niżej podanej tablicy, na której zaobserwować można przesunięcie się poszczególnych stadjów choroby w kierunku poprawy.

	przy wypisaniu się z sanat.	podczas kontroli
Stad. I.	4	32
Stad. II.	43	72
Stad. III.	138	81
	185	185

Reasumując wyniki swych badań, autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1) wycięcie n. przeponowego *(phrenicusexhairesis)* powinno być stosowane tylko w tych przypadkach, w których konserwatywne leczenie po dość długiej obserwacji nie daje pożądanych wyników;

2) w przypadkach, nadających się do zastosowania odmy sztucznej — za wyjątkiem przypadków ciężkich krwotoków płucnych — zarówno w rozpadających się nacieczeniach wczesnych, jak i w sprawach marsko-jamowych z umiejscowieniem bez różnicy bądź w dolnym, bądź to w środkowym czy też górnym płacie;

3) w sprawach jednostronnych, w których po dostatecznie długiej — minimum 1—2 miesięcznej obserwacji po dokonanem wyrwaniu n. przeponowego nie następuje pożądany efekt, wskazana jest następna odma lub torakoplastyka;

4) specjalnemi wskazaniami do phr-zy są rozstrzenie oskrzeli, ropnie płuc, uporczywe wysięki opłucnej ze stałemi dolegliwościami, a przedewszystkiem obustronna gruźlica płuc. Po zastosowaniu phr-zy po bardziej chorej stronie, osiągano często wybitne polepszenia tak, że w niektórych nawet przypadkach — o ile wyniki były niezupełnie dostateczne — można było później stosować odmę, a nawet i torakoplastykę;

5) phren-zę, jako operację dopełniającą po częściowej odmie ze zrostami zarówno w górnych jak i w dolnych płatach, stosują autorzy coraz rzadziej, gdyż w tych przypadkach, gdzie można liczyć na obecność zrostów, rozpoczynają leczenie odrazu od wycięcia n. przeponowego;

6) phr-za pozostaje dla tych przypadków zanikającej odmy sztucznej, w których wynik leczenia jest niedostateczny lub w których płuco niedostatecznie się rozwija;

7) phr-za wskazana jest w przypadkach pyopneumotoraksu i ropnego wysięku opłucnej przed operacją torakoplastyki, jako operacja, zmniejszająca jamę płucną.

Przeciwwskazaniem do operacji — phr-zy są: gruźlica nerek i gruźlica kiszek; ze spraw niegruźliczych — zwyrodnienie nerek i dekompensowane wady serca.

Powołując się na pracę F r e u d a, uważają za wskazaną pewną ostrożność w stosowaniu phr-zy u pacjentów starszych lub cierpiących na rozedmę płuc, jakkolwiek w swoich 11-tu przypadkach, dotyczących pacjentów w wieku lat 50—60, z których trzech miało wyraźną rozedmę płuc, żadnych ujemnych objawów nie stwierdzili. Ze względów lekarskich, gospodarskich i społecznych autorzy ustalają następujący stopniowy porządek zabiegów: wyrwanie n. przeponowego, odma, torakoplastyka. Kończą swój artykuł słowami: „w tem zastosowaniu phren-za, jako zabieg samoistny jeszcze więcej, niż w połączeniu z odmą sztuczną lub torakoplastyką, staje się nieodzownym orężem w leczeniu gruźlicy płuc".

E m i l G j e r z: *Wczesne nacieczenia i wczesne jamy u gruźlików w wieku ponad 50 lat.* Ze wszystkich przypadków, przebywających w sztokholmskim szpitalu miejskim w ciągu ostatnich 8 lat — 117 dotyczyło chorych powyżej lat 50.

W większości tych przypadków choroba rozpoczynała się w 50-ym r. ż. i tylko w kilku datowała się od wcześniejszej lub późniejszej młodości.

Im wyższy był wiek pacjenta, tem krótszą była anamneza: w 59 przyp. choroba trwała (o ile można było wnioskować) mniej niż rok, w tej liczbie we wszystkich 6 przyp. po 65-ym r. ż.

Z ogólnej liczby 117 pacjentów tylko u 4-ch skonstantowano odosobnione nacieczenia, względnie jamy podobojczykowe, w 11-tu ze sprawami rozległemi obecność jam w okolicy podobojczykowej zdaje się wskazywać na to, że sprawa stąd właśnie brała swój początek.

Autor jest zwolennikiem teorji endogennej pochodzenia nacieków wczesnych nie podaje jednak dostatecznych na to dowodów. Mała ilość (4) przyp. wczesnych naciecz. w jego materjale przemawia podług autora za tą teorją, jakkolwiek dość duży odsetek (37%) gruźlicy u członków rodzin tych chorych wskazuje na możliwość zarażenia egzogennego. Odsetek ten jest prawie identycznym z odsetkiem (33%) członków rodzin chorych poniżej 50 lat. Stąd wniosek autora, że zarażenia te miały miejsce już w latach wcześniejszych.

Dr. Lewy (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

S p r a w o z d a n i e z p o s i e d z e n i a z d. 4. XI. 1930.

Obecnych 19 czł. T-wa i 3 gości.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia, poczem Dr. F r e y t a g wygłosił referat p. t. „Ujemne skutki stosowania witaminy D.".

Opierając się na badaniach Hessa, Pfannenstiela, Jundelli, Volmera i in. referent omówił:

1) skuteczność naświetlanej ergosteryny w leczeniu krzywicy, tężyczki i osteomalacji,

2) wyniki badań doświadczalnych, prowadzonych w laboratorjach i klinikach;

3) wpływ witaminy D na metabolizm;

4) naświetlaną ergosterynę na rynku aptekarskim;

5) standaryzację i dawkowanie.

Następnie Dr. D r o ż d ż opisał wrażenia z III Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie (Jugosławia) w d. 5—8 X. W opisie swoim uwzględnił Dr. D. przedewszystkiem miejscowości klimatyczne i uzdrowiska nadmorskie, zwiedzane w czasie wycieczek zjazdowych wzdłuż wybrzeża Adrjatyku od Suszaku aż po Zatokę Kotarską, poza tem opisał pokrótce przebieg Zjazdu i zwiedzanie innych części Jugosławji od Zagrzebia do Sarajewa i Belgradu.

S p r a w o z d a n i e z p o s i e d z e n i a z dn. 18. XI. 1930.

Obecnych 16 członków T-wa i 7 gości.

1) Dr. F r e y t a g przedstawia chorą: dziewczynka 20 mies. nie może utrzymać głowy w pozycji pionowej, nie siedzi, nie mówi, nie interesuje się otoczeniem. Do 5 mies. podobno rozwijała się normalnie, potem zaczęły występować drgawki, przez kilka dni bardzo częste, potem rzadziej. Waga, wzrost i obwód główki mniejsze, niż normalnie. Dr. F r e y t a g przypuszcza, w tym przypadku postać atoniczno-astatyczną porażenia mózgowego dziecięcego.

W dyskusji Dr. Cywiński, Klepacki i Drożdż omawiali rozpoznanie różniczkowe, skłaniając się do przypuszczenia Dr. F., omawiano również rokowanie i leczenie.

2) Dr. Drożdż wygłosił referat p. t. „Zaburzenia snu i ich leczenie“, w którym omówił dwa rodzaje tych zaburzeń, a więc bezsenność z powodu choroby organicznej i bezsenność nerwową, której przyczyną mogą być stany lękowe i podrażnienie lub wyczerpanie nerwowe.

Przechodząc do sprawy leczenia, zaznaczył prelegent, że przy bezsenności z powodu choroby organicznej często można zastosować leczenie przyczynowe, co jest rzeczą znacznie trudniejszą w wypadkach bezsenności nerwowej, w których też często trzeba używać środków nasennych. W dalszym ciągu omówił prelegent dwa rodzaje środków nasennych: ułatwiające zasypianie, t. j. działające na korę mózgową (chloralhydrat, brom, adalina i inne) i pogłębiające sen przez działanie na mózgowie — (środki z grupy kwasu barbiturowego) podkreślając ważność dobrania odpowiednich leków w każdym poszczególnym przypadku, wypróbowania tolerancji, oraz niedopuszczania do przyzwyczajenia pacjenta do jednego leku.

W dyskusji zabierali głos Dr. Cywiński i Klepacki.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia przewodniczący zamknął zebranie.

Sekr. Dr. *Morozowa.* Prezes: Dr. *Modrzewski.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXI. Posiedzenie naukowe z dnia 28 listopada 1930.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Przewodniczący wygłasza przemówienie z powodu wejścia do ciał ustawodawczych trzech lekarzy lwowskich. Członkowie Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego Koledzy: prymarjusz Dr. Stanisław Ostrowski i prymarjusz Dr. Aleksander Domaszewicz zostali powołani do Sejmu, prof. Dr. Teofil Zalewski do Senatu.

Mówca gratuluje elektom i życzy, aby ich prace w ciałach ustawodawczych były owocne, w szczególności także w dziedzinie spraw sanitarnych i zawodowych.

Następnie podaje do wiadomości, że we wtorek 2 grudnia odbędzie się w sali geologji (ul. Długa 8) o godz. 6 wieczorem wykład Dr. Eisenberga z Krakowa p. t. „O cyklogenji bakteryj“.

2) Kol. Oberlaender przedstawia szereg przypadków kamicy nerkowej jednostronnej i obustronnej, operowanych pyelotomją tylną lub przednią jako operacją z wyboru, najidealniejszą co do bezpieczeństwa i zapobieżenia nawrotu choroby. Rana na miedniczce, szyta lub też zostawiona bez szwu, goiła się jednakowo dobrze, bez komplikacji, nie przedłużając procesu gojenia. Przy operacji kamicy obustronnej mówca wybierał nerkę w czynności bardziej upośledzoną (operując tylko jedną nerkę). Już w kilka miesięcy po operacji mógł stwierdzić w nerce operowanej zupełny powrót do normalnej funkcji wydzielniczej. Co do czasu recydywy, to w jednym przypadku kamicy jednostronnej aseptycznej zdołał stwierdzić recydywę już w 4-tym miesiącu po operacji. Przypadek ten uważa jako dalszy z 3 opisanych w dotychczasowej literaturze, tak wczesnej recydywy kamicy nerkowej jednostronnej, aseptycznej operowanej drogą pyelotomji.

3) Kol. Rudolf Stenzel, lekarz powiatowy w Radziechowie, wygłasza referat p. t. „*Państwowy nadzór nad lecznictwem*“. Na wstępie prelegent omawia zasadniczą ustawę sanitarną z r. 1919, zawierającą podział pracy na polu sanitarnem między władze rządowe i samorzadowe, przyczem zwraca uwagę na konieczność współpracy z władzami ogółu lekarzy.

Następnie przechodzi kol. S. do samorządu zawodowo-lekarskiego, sprawowanego przez Izby Lekarskie na zasadzie ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawy ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Mówca podnosi konieczność dokładnej znajomości obu powyższych ustaw przez ogół lekarzy i omawia następnie szczegółowo propozycje Lwowskiej Izby Lekarskiej do nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Dalej poświęca kol. S. dłuższy ustęp partactwu w dziedzinie lecznictwa, w szczególności partactwu akuszeryjnemu i dentystycznemu. Jako rażące przykłady takiego partactwa przedstawia prelegent fotografję rączek płodu, odciętych przez babkę wiejską w czasie porodu, i obcęgi ślusarskie zardzewiałe i zniszczone, któremi partacz wyrwał około 200 zębów. Mówca apeluje do słuchaczy, aby zapoznali się z obowiązującemi przepisami dla położnych i dla techników dentystycznych.

Równie konieczna jest dla lekarzy znajomość ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i o przymusowem szczepieniu ochronnem przeciw ospie, rozporządzenia o zwalczaniu wścieklizny, jaglicy, chorób wenerycznych i chorób zawodowych, o obowiązku zgłaszania twardzieli i t. d. Prelegent podejmuje postulat prof. Gantkowskiego, wyrażony w piśmie z 9 grudnia 1929 skierowanem do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby mianowicie na wydziałach lekarskich wszystkich uniwersytetów polskich urządzano conajmniej w jednym trymetrze seminarja z działu orzecznictwa lekarskiego. Kol. S. pragnąłby, aby ten wniosek prof. Gantkowskiego uzupełniono żądaniem wprowadzenia obowiązkowego nauczania polskiego ustawodawstwa sanitarnego na wydziałach lekarskich.

Sprawą zainteresowania ogółu lekarzy jest sprawa aptek. Projekt ustawy aptekarskiej leży od kilku lat w Ministerstwie spraw wewn. W ustawie tej powinien znajdować się niezbędnie artykuł, któryby zabraniał ordynowania leków chorym w aptekach, co się praktykuje szczególnie w miasteczkach prowincjonalnych.

Ostatecznie mówca formułuje następujące wnioski: 1) Ogół lekarzy winien przystąpić do walki z panoszącem się partactwem leczniczem, w szczególności akuszeryjnem, dentystycznem i nieuprawnionem leczeniem po aptekach; 2) w uzupełnieniu wniosku prof. Gantkowskiego ogół lekarzy uznaje konieczność nauczania ustawodawstwa sanitarnego i orzecznictwa lekarskiego na wydziałach lekarskich.

Na wniosek kol. Kuhna uchwalono sprawę poruszoną przez prelegenta przekazać zarządowi Towarzystwa do dalszego traktowania.

Poza tem w dyskusji zabierają głos kol. Szafran i kol. Doliński.

4) *Dyskusja nad sprawozdaniem ze Zjazdu Unji przeciwgruźliczej w Oslo:* Kol. Gąsiorowski. Porównując daty i wnioski przedstawione nam w bardzo szczegółowy sposób z ostatniego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Oslo z faktami omawianemi w sprawie ochronnego szczepienia metodą Calmetta przed 2 laty na konferencji w Warszawie i na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, widzimy, że od tego czasu liczba szczepionych osesków wzrosła znacznie, jakkolwiek w wolniejszem tempie, aniżeli w pierwszych latach pojawienia się szczepionki B. C. G. Materjał więc obserwacyjny stał się bogatszy. Na korzyść tej metody należy silnie podkreślić, że według sprawozdania na razie nigdzie nie zauważono i nie udowodniono, by szczepionka B. C. G. jako taka wywołała szkodliwe działanie u osób szczepionych. Odpowiedzi natomiast na pytanie zasadniczej wagi, czy metoda ta istotnie jest profilaktyczną a równocześnie nieszkodliwą, ostatni zjazd międzynarodowy nam nie daje i siłą faktów dać nie może. Podobnie więc jak poprzednio musimy i dzisiaj powtórzyć, że okres doświadczeń i ścisłej, naukowej kontroli lekarskiej jeszcze nie minął a odpowiedź co do istotnej wartości tej metody może dać dopiero długoletnia obserwacja.

Kol. Janik podkreśla, jak duże znaczenie dla chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc, a zwłaszcza torakoplastyki ma zjazd w Oslo. Znaczenie to dla nas jest tem większe, że dotychczas na posiedzeniach tut. Tow. Lek. koledzy interniści, zabierając głos w dyskusji nad tą sprawą, okazywali się przeważnie przeciwnikami tego sposobu leczenia. Torakoplastyka nie jest zabiegiem współzawodniczącym z żadnym innym sposobem postępowania, a tem bardziej z odmą. Jest to zabieg poważny, ale w rękach dobrego operatora bezpieczny. W lwowskiej klinice chir. wykonuje się go zawsze dwu lub więcej czasowo; jednoczasowy jest niebezpieczny. Najczęstszym błędem niedoświadczonego chirurga jest pozostawienie zbyt długich odcinków przykręgowych, co naraża chorego na urazy i przeszkadza w zapadnięciu się płuca. Zabieg ten najlepiej wykonywać w znieczuleniu miejscowem; jeśli pacjent jest bojaźliwy należy wykonać akt pierwszy w uśpieniu. Najlepsze wyniki daje gruźlica włóknista, jakkolwiek i inne postacie należy przeznaczać do tego leczenia, zależnie od warunków, określanych przez ścisłą współpracę chirurga z internistą. Największy odsetek śmiertelności jest następstwem mylnego wskazania do tego zabiegu. Gruźliczy otok opłucny należy jak najdłużej leczyć zachowawczo. W zakładaniu plomb Klinika lwowska nie ma doświadczenia, ponieważ ich nie stosuje.

Kol. Hilarowicz zwraca uwagę na niektóre punkty dotyczące techniki torakoplastyki przy gruźlicy, opierając się na doświadczeniu kliniki chirurgicznej lwowskiej. Jest zwolennikiem operacji 2 a nawet 3-czasowej, gdyż rzadko stan chorych pozwala na wykonanie zabiegu jednoczasowo, groźnego zwłaszcza po stronie prawej przy ruchomem śródpiersiu. Chorzy znoszą powtórne zabiegi bardzo lekko, a efekt całości nie cierpi wskutek przerw kilkutygodniowych. Rzeczą wielkiej wagi jest należycie wykonane znieczulenie miejscowe, przyczem nie wystarcza zwykłe znieczulenie międzyżebrowe, ale konieczne jest znieczulenie przykręgowe odnośnych odcinków, do którego należy dodać staranne napojenie mięśni w obrębie pola operacyjnego. Mówca używa cięcia nieco silniej zagiętego, jak oryginalne Sauerbrucha, dla górnych zaś żeber

poleca własną metodę pozwalającą na dobry dostęp do I-go żebra przy możliwie małem uszkodzeniu mięśni i nerwów.

Kol. Barwiński dziękuje prezesowi Towarzystwa za danie mu możności przemówienia. Zwraca uwagę na mało u nas znaną i lekceważąco odrzucaną metodę leczenia gruźlicy szczepionką Friedmanna. Mówca, stojąc na platformie Greila (z Insbruku), uważa wszelkie szczepienia ochronne przeciw gruźlicy za nieuzasadnione i nie używa szczepionki Friedmanna jako ochronnej, lecz tylko jako leczniczej z wynikami nieraz zdumiewającemi. Niestety materjał zebrany przez mówcę, choć duży, był zbierany wedle zgłaszających się kolejno przypadków dorywczo, a wskazania tej metody, jak się okazuje z odpowiedzi prof. W. Neumanna z Wiednia udzielonej mówcy w listopadzie 1929, są poniekąd w stadjum zacieśniania. Mówca nadmienia, że wskazania samego Friedmanna są niewystarczające i dla początkującego w tej metodzie dość niejasne z powodu braku systematycznego podziału gruźlicy.

Mówca krytykuje zarządzenie Min. Spr. Wewn. co do wycofania z obiegu szczepionki Friedmanna z umotywowaniem, że „wartość jej jest problematyczna, a w pewnych wypadkach okazała działanie szkodliwe". Gdyby się trzymać tej zasady w medycynie, należałoby skreślić bodaj połowę środków z całej naszej farmakopei.

Wyniki otrzymane przez mówcę szczepionką Friedmanna w gruźlicy rozmaitych narządów są nadzwyczaj dobre. Najlepsze wyniki daje gruźlica chirurgiczna, następnie płuc. Sama metoda wymaga jeszcze wielkiego wkładu pracy, aby dawała wyniki tylko dodatnie. Wyników ujemnych w przypadkach zbyt daleko posuniętych, szczepionych solaminis causa lub powikłanych jakąś inną chorobą, jak n. p. cukrzyca, w przypadkach gdzie chory po szczepieniu ciężko pracuje i żyje bez przerwy w najgorszych warunkach higjenicznych i społecznych, nie należy przypisywać problematycznej wartości szczepionki Friedmanna, a tem mniej zarzucać jej w takich przypadkach szkodliwość.

Mówca kategorycznie potępia metody propagandy szczepionki Friedmanna nie licujące z etyką lekarską a przynoszące samej metodzie wielką szkodę, równocześnie zaś mówca podnosi, że czynniki kompetentne u nas odnoszą się z niechęcią i niewytłumaczonem uprzedzeniem do tej metody, być może zrażone wspomnianemi wyżej metodami propagandy.

Kol. Tyszka podaje, że w Klinice lekarskiej U. J. K. było dość chorych, których leczył kol. Barwiński metodą Friedmanna i że na tych chorych nie można było stwierdzić korzystnego działania szczepionki, a w pewnych przypadkach zanotowano zaostrzenie się procesu chorobowego.

Kol. Węgrzynowski występuje przeciw metodom propagandy szczepionki Friedmanna, jakie widział w Oslo, jak rozrzucanie najrozmaitszych ulotek i t. p. i pochwala stanowisko kol. Barwińskiego, potępiające te metody.

Kol. Barwiński na uwagę kol. Tyszki odpowiada, że wypadki zaawansowane, które jakiś czas były w leczeniu mówcy, zgłaszają się ostatecznie zawsze na Klinikę lub do Hołoska i w tem nie widzi nic dziwnego.

Kol. Węgrzynowski zwraca się do kol. Barwińskiego z wnioskiem, aby we formie prelekcji podał do wiadomości ogółu swoje wyniki i dodaje, że tą sprawą zainteresował się i przeprowadzał ze swoimi asystentami badanie krwi u dzieci szczepionych w Zakładzie sierót w Skolem, zaś do masowo szczepionych we wsiach Synowódzko Wyżne i Korczyn nie dojeżdżał.

Kol. Gąsiorowski. W przemówieniu swem kol. Barwiński zaznacza kilkakrotnie, że szczepionki Friedmanna używał masowo nie znając wskazań i warunków zastosowania tej szczepionki. Nasuwają się tu pewne poważne zastrzeżenia, wymagające bliższego wyjaśnienia. Po pierwsze, jak można pogodzić pojęcie masowego zastosowania szczepionki, której przeznaczeniem jest działanie lecznicze a nie zapobiegawcze. Następnie kol. Barwiński, nie znając wskazań i warunków, dotychczas zastosował szczepionkę Friedmanna w około 5.000 przypadków, i mimo tak niezwykle obfitego materjału nie może podać norm bliżej określających, kiedy i w jakich warunkach należy szczepionki użyć. Fakta te świadczyły o nieco pobieżnem i nie dość ściśle naukowem przeprowadzeniu całej tej akcji.

Kol. Barwiński zaznacza, że Synowódzko Wyżne i Korczyn to wsie zagruźliczone przez letników, wykazujące wedle zapodań lekarza powiatowego w Skolem, największą śmiertelność z gruźlicy w powiecie skolskim. Ponieważ zaś dzieci w 1. roku życia, jako przeznaczone do szczepienia ospy były wykluczone, nie mogło tam być mowy o szczepieniu ochronnem. Szczepień masowych mówca nie używa i nie chce używać jako argumentu za szczepionką Friedmanna, gdyż jedynie spadek śmiertelności z gruźlicy po latach obserwacji może wykazać jej wartość, jak to miało miejsce w miejscowości Pesterzsebet na Węgrzech, gdzie Dr. Szalai przez systematyczne leczenie gruźlicy metodą Friedmanna wykazał bardzo znaczny spadek śmiertelności z gruźlicy w ciągu 10 lat w porównaniu z Budapesztem, pod względem higjenicznym znacznie wyżej stojącym. Mówca uważa obecnie za argument zasługujący na uwzględnienie jedynie szczepienia w zakładach sierót, klasztorach oraz u prywatnych pacjentów, obserwowanych przez przeszło półtora roku. Kol. Węgrzynowskiemu dziękuje za zaproszenie do prelekcji i obiecuje w najbliższym czasie z tego zaproszenia skorzystać i zademonstrować niektóre ciekawe przypadki, badane przez kilka komisyj lekarskich (w jednym wypadku w 3 instancjach) i uznane za uleczone. W dalszym ciągu mówca podnosi, że znane mu są diametralne przeciwne osądy wartości szczepionki Friedmanna przez jednakowo wybitnych uczonych i to też mu się wydaje conajmniej dziwnem, cytuje kilka zdań niemieckich uczonych zaznaczając, że takich spraw większością głosów się nie rozstrzyga, wreszcie wyraża nadzieję, że w tej tak ważnej sprawie, jak walka z gruźlicą, usfaną w końcu wszelkie uprzedzenia i niechęci.

Ponadto w dyskusji przemawiali Kol. Stauber, Doliński i Legeżyński.

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 2 grudnia 1930 r., odbyte wspólnie z Oddziałem Lwowskim Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. M. Kopernika.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

Kol. Filip Eisenberg, kierownik Filji Państw. Zakładu Higjeny w Krakowie, wygłasza wykład p. t. „O cyklogenji bakteryj".

Pomimo fenomenalnego wprost rozwoju i rozrostu mikrobiologji lekarskiej i pomimo imponujących często rezultatów praktycznych w zakresie zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych wiele zagadnień podstawowych, zwłaszcza z dziedziny epidemjologji, oczekuje dotąd rozwiązania. Pierwszy bohaterski okres, związany z nazwiskami Pasteura i Kocha, kładł główny nacisk na zarazek jako na decydujący czynnik w zakażeniu — w następnem stadjum poczęto uwzględniać dynamiczną stronę zagadnienia badając odczyny makroorganizmów na zarazek i jego funkcje, zaczęto budować wspaniały dziś już choć niewykończony jeszcze gmach nauki o odporności i serologji. Ale zagadek pozostało jeszcze niemało i znowu niestrudzona myśl lekarska szuka nowych czynników, których poznanie pozwoliłoby bez reszty rozwiązać niepokojące ją pytania — więc albo wraca do dawnych już koncepcyj znakomitego higjenisty Pettenkofera albo też wraca do biologji zarazków, mimo przeszło półwiecza pracy niedostatecznie jeszcze znanych. Obok nauki o zmienności zarazków, bardzo intenzywnie opracowanej w ostatnich lat dziesiątkach, wysuwa się tu na pierwszy plan morfologiczny jej odpowiednik — nauka o cyklogenji bakteryj. Jest to niejako zmartwychwstała w nowej szacie, oczyszczona z dawnych błędów nauka o pleomorfiźmie bakteryj. Przed przeszło pół wiekiem pierwotna, nieco naiwna a posługująca się niedostateczną techniką badań teorja pleomorfizmu (Naegeli, Zopf, Billroth i i.), musiała ulec monomorfizmowi, konsekwentnie i zażarcie bronionemu przez Cohna, Kocha i ich uczniów. Ale ten monomorfizm, oparty na potrzebach rozpoznawania i leczenia chorób zakaźnych, zmierzał przedewszystkiem do poznania jednej części życia bakteryj, rozgrywającej się przedewszystkiem w ustroju zakażonym — a jego metody rozpoznawcze przykrojone były do uchwycenia tego właśnie wycinka życia — sposoby hodowli starały się naśladować warunki życia zarazków w tym ustroju. Ale taki obraz jest z konieczności jednostronny, a często niewystarczający. Nie uwzględnia on tej ważnej okoliczności, że poza ustrojem, po ukończeniu t. zw. Virostadium, w bytowaniu saprofitycznem zarazki spotykają warunki zupełnie nieraz różne od tych, które na nie działały w ustroju — że są tu często wystawione na ciężką walkę o byt, głodowanie, wysychanie i t. p., do których muszą się przystosować, o ile mają przetrwać.

Zdawna już spostrzegali różni badacze w hodowlach starzejących się lub pod wpływem czynników dysgenetycznych występowanie form często daleko odbiegających od ideału monomorficznego. Tłumaczono je — albo raczej usprawiedliwiano — jużto jako zanieczyszczenie hodowli, jużto jako formy niebakteryjne, jużto zbywano niewiele mówiącą lub wręcz fałszywą etykietą form degeneracyjnych albo inwolucyjnych, w pewnych wypadkach pojmowano je jako wyraz morfologiczny zmienności (dyssocjacji) bakteryj. Obecnie, kiedy takich spostrzeżeń znamy cały legion, trudno byłoby uwierzyć w przypadkowość takich przemian i z konieczności cały szereg badaczy z Almquistem, Löhnisem, Hortem, Enderleinem, Mellonem, Haagiem na czele — z naszych wymienię Prażmowskiego, Pieczenkę, Panka — szuka praw, które rządzą temi „nieprawidłowościami".

Zasadniczą koncepcją tego odrodzonego pleomorfizmu jest zapatrywanie, że bakterje podobnie jak różne niższe rośliny i zwierzęta (zwłaszcza pasorzytnicze) w różnych warunkach życia (ew.

w różnych gospodarzach) — występują we formach odmiennych morfologicznie a często i organicznie — o różnych niejednokrotnie uzdolnieniach funkcjonalnych, a następujących po sobie w pewnym ustalonym porządku genetycznym. Za przykład może posłużyć laseczka wąglikowa — opoka, na której zbudowany był kościół ortodoksji monomorfistycznej. Wiadomo zdawna, że po okresie wzrostowym i rozmnażanie drogą podziału w pewnych określonych warunkach występuje okres zarodnikowania t. j. wytworzenia formy przetrwalnej, z której znowu z nastaniem odpowiednich warunków wilgoci, ciepłoty i odżywiania wykiełkuje forma laseczkowa. Wiadomo również, że w pewnych warunkach naturalnych lub doświadczalnych laseczka może przez utratę zdolności zarodnikowania przejść w t. zw. formę bezzarodnikową. Według badań Haaga nadto czasem wydostają się ziarenka kuliste gramododatnie albo drobne laseczki gramoujemne t. zw. gonidja, które już to wprost wyrastają w laseczki normalne, już to zlewają się w duże kule gramododatnie (t. zw. gonidangia), z których znowu przez rozpad powstają gonidja a dalej laseczki — czasem normalne, czasem zaś t. zw. forma *mobilis* lub forma Buchneri, różniące się od prototypu ruchliwością, wyglądem hodowli i typem zmian wywoływanych u zwierząt zakażonych.

Najpoważniejsza z podjętych dotąd prób usystematyzowania „cyklogenji" bakteryj ma za autora zoologa berlińskiego Enderleina (w lat. 1915—1925), jest bowiem bardzo konsekwentnie przemyślana i zbudowana na rozległych fundamentach przyrodoznawczych. Według E. każda bakterja jest komórką jedno- lub wielojądrową (mychitem); jądra rozmnażają się drogą t. zw. mychomitozy — tym podziałom czasem tylko towarzyszy podział komórki. Najniższa filogenetycznie grupa jednojądrowców (ziarniaki) zawiera normalnie tylko jedno jądro a w stanie podziału przejściowo dwa jądra, które potem wchodzą w komórki potomne (diplomychit). Wyższe grupy (Di i Polymychota) zawierają w komórce conajmniej dwa jądra albo ich wielokrotność (dimychit, didimychit, symmychit i t. d.). Każdy gatunek odbywa poprzez szereg t. zw. „cyklostadjów" drogę rozwojową naprzód wstępną aż do t. zw. kulminanty — formy szczytowej — potem zstępującą i wracającą okrężnie do punktu wyjściowego. Oprócz normalnej formy rozmnażania, jaką jest podział komórek łącznie z podziałem jądrowym, istnieje jeszcze rozmnażanie przez „gonidja" t. j. formy o zwiększonej potencji rozrodczej, przez formy przetrwalne zwane „cystami" — a wreszcie — horribile dictu — rozmnażanie płciowe (za którem wypowiada się także Almquist i i.). W pewnych warunkach według E. gonidja przetwarzają się drogą podziału redukcyjnego w haploidalne męskie i żeńskie komórki płciowe (oity i spermity), które następnie kopulują dając początek nowemu pokoleniu diploidalnemu. Cały plan rozwojowy każdego gatunku a zwłaszcza przejście z jednego „cyklostadjum" w drugie związane są ze specjalnemi warunkami biologicznemi i są dla danego gatunku charakterystyczne.

W obrębie każdego stadjum możliwy jest szereg „warjantów" zależnie od warunków determinujących (desygnant). Racjonalna systematyka bakteryj możliwa jest dopiero po zbadaniu całego zapasu form przewidzianych w cyklogenji odnośnych gatunków — i po żmudnem zbadaniu wszystkich warunków określających ich zjawianie się i następstwo. T. zw. „wirostadja" są zwykle tylko jednym etapem całej cyklogenji i to dla różnych zarazków różnym morfologicznie. Jest bardzo możliwe, że opisywane ostatnio przesączalne formy widzialnych zarazków są również jednym z etapów cyklogenji (prawdopodobnie pewne formy gonidjów).

Czy wyłuszczona tu rewolucyjna teorja Enderleina ostanie się we wszystkich punktach wobec dalszych badań, trudno dziś przewidzieć, zasługą wszakże jej autora pozostanie napewno śmiałość sformułowanych myśli, jasność konstrukcji i siła popędowa nadana temu nowemu kierunkowi badań. Zapewne jeszcześmy dalecy od całkowitego poznania i ujęcia biologji bakteryj — czekają nas jeszcze długie i mozolne prace badawcze i trud przemiany naszego myślenia — ale nie wolno nam odeń się uchylać w imię wygody starych przyzwyczajeń myślowych. Z rozwiązaniem tych zagadnień najściślej się łączy przyszłość bakterjologji jako nauki przyrodniczej jak niemniej epidemjologja, patologja i terapja chorób zakaźnych. (Autoreferat).

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 5 listopada 1930 r.

1. Kol. Knichowiecki wygłosił referat pod tyt.: *Leczenie pląsawicy nirwanolem* (ukaże się w druku).

W dyskusji. Kol. Frenkiel. W szpitalu Anny Marji jest wyjątkowo obfity materjał pląsawicy. Pląsawica nawet nieleczona przechodzi zupełnie, dlatego wyniki leczenia nirwanolem nie są przekonywujące, stosowanie nirwanolu skraca chorobę (14 dni). Czy występują nawroty? zdaje się, że tak. Leczenie to nie jest niebezpieczne, w dobrych warunkach może być stosowane i w mieszkaniu chorego. Kol. Mogilnicki obserwował 1 przypadek silnej pląsawicy, która ustąpiła po zachorowaniu pacjenta na grypę i zapalenie płuc. Przypuszcza, że nirwanol nie jest lekiem swoistym, wywołuje tylko wstrząs organizmu, który działa leczniczo na pląsawicę. Kol. Kryszek zapytuje o częstość powikłań sercowych przy pląsawicy i ich stosunek do nirwanolu. Kol. Sterling. Wszystkie leki, wywołujące wysypki, działają jako antygen, łącząc się z białkiem ustroju, w ten sposób tworząc „obce ustrojowi białko". Kol. Klozenberg obserwował po stosowaniu nirwanolu przejściowe zanikanie odruchów. Kol. Knichowiecki. Leczenie siarką jest bardzo bolesne: nirwanol bólów nie wywołuje. Nawrót dotychczas obserwował jeden, dane z literatury wskazują, że nawroty są rzadkie. Obawiałby się stosować nirwanol po za szpitalem ze względu na zachodzące zmiany we krwi i występujący czasami silny odczyn. Wady serca zdarzają się mniej więcej w 40% przypadków, nirwanol na nie nie wpływa. Przypuszcza, że przestrojenie organizmu jest czynnikiem leczniczym przy stosowaniu nirwanolu.

2. Kol. Hellwig wygłosił referat: *„O osteopoikilji"* z pokazem rentgenogramów (ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 19 listopada 1930 r.

1. Kol. Reiterowski: *„Wskazania kliniczne i społeczne do stosowania odmy sztucznej i wyniki leczenia"*, (ukaże się w druku).

2. Kol. Poznański i Kokotek: *„O chorobie Banga"*. (patrz P. G. L. Nr. 1. 1931).

W dyskusji. Kol. Załęski. W Polsce pomimo licznych badań surowic krwi na aglutynację pał. Banga, tylko w 2 przypadkach stwierdzono dotychczas odczyn dodatni. Kol. Knichowiecki zapytuje, czy po przebytej chorobie długo trwa uodpornienie. Kol. Jelenkiewicz: czy badanie serologiczne jest zupełnie pewne dla stwierdzenia tej choroby. Kol. Kokotek. Wobec tego, że choroba opisana została niedawno, nie wiadomo jeszcze, jak długo trwa odporność. Objawy kliniczne pozwalają przypuszczać istnienie tej choroby, badanie serologiczne istnienie jej potwierdza. Wysokie miano aglutynacji uważać należy za specyficzne.

Protokół posiedzenia z dnia 26 listopada 1930 r.

1. Kol. Schweig: *„Walka z jaglicą podług danych ostatniego międzynarodowego kongresu oftalmologicznego"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji. Kol. Ładyński komunikuje, że projektuje się założenie w Województwie Łódzkiem zakładu leczniczego dla jaglicy w Wolborzu. W województwie istnieje obecnie 50 punktów do walki z jaglicą. Państwo ponosi duże ciężary, wypłacając rentę inwalidom jagliczym, dlatego uważa, że lepiej chorych na jaglicę do wojska nie wcielać. Departament wyznacza na cel walki z jaglicą 10.000 zł. Kol. Garliński. Na afiszach propagandowych walki z jaglicą w tramwajach wydrukowano, że jaglica nieleczona prowadzi zawsze do ślepoty, co jest niezgodne z prawdą, bo zdarzają się przypadki samowyleczenia. Na Węgrzech chorych na jaglicę przyjmuje się do wojska i wcielają ich do specjalnych oddziałów jagliczych, gdzie pozostają aż do wyleczenia. Łódzkie szkoły powszechne dla dzieci jagliczych nie stoją na wysokości zadania pod względem higjeny. Do szkół takich należałoby kierować tylko dzieci z jaglicą czynną. Kol. J. Margolis podkreśla celowość objazdów zakładów zamkniętych celem badania oczu: w niektórych zakładach znalazł bardzo duży odsetek chorych na jaglicę; po zastosowaniu leczenia odsetek ten przy powtórnej wizycie kontrolnej był już znacznie mniejszy. Co do służby wojskowej, to uważa, że chorzy na jaglicę, otrzymujący odroczenie celem leczenia, powinni być leczeni przymusowo. Kol. Słobodski. W szkołach dla jagliczych przebywają dzieci przeważnie nie dłużej jak 1 rok. Warunki higjeniczne w tych szkołach nie są wcale tak złe. Kol. Schweig. Afisze w tramwajach uważać należy za agitacyjne, groźby muszą być nieco przesadzone, żeby więcej osób zgłaszało się do przychodni na leczenie. Do szkół dla jagliczych dzieci kwalifikuje 2 lekarzy specjalistów, leczenie w tych szkołach odbywa się bardzo pomyślnie, przeważnie po roku dzieci już są wyleczone. Pomieszczenia tych szkół pozostawiają dużo do życzenia, jednak lepszych lokali znaleść nie można. Wśród poborowych ilość jaglicy zmniejsza się z każdym rokiem.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25. XI. 1930 r.
Obecnych członków T-wa 27.
Wprowadzonych gości 24.

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dn. 18 listopada 1930 r.

2. Sekretarz Stały T-wa odczytał nadesłane prace naukowe.

3. Prezes T-wa zawiadamia, iż po otrzymaniu zaproszenia reprezentował Two Lek. w dniu dzisiejszym na odczycie ministra Kwiatkowskiego wygłoszonym w inaugurację „Miesiąca Pomorza", jednocześnie zawiadamia o zaproszeniu nadesłanem do T-wa przez Komitet Stulecia Powstania Listopadowego celem wzięcia udziału w uroczystościach.

4. Kol. Prezes odczytał list przysłany do T-wa od córki ś. p. prof. Noiszewskiego z podziękowaniem za uczczenie na Posiedzeniu T-wa Lekarskiego pamięci. zmarłego.

5. Kol. L. Karwacki: *Epidemja duru rzekomego C w oddziale wojskowym (streszczenie własne).*

Kol. Leon Karwacki wygłosił odczyt w imieniu swoich współpracowników Ewy Rajewskiej, Władysława Kalinowskiego, Stan. Marczewskiego, Zygm. Krzyczkowskiego, Benjamina Cejtlina i Jana Gajka. Epidemja ogarnęła 93 szeregowych. Pochodzenie jej było, prawdopodobnie, natury pokarmowej.

Pod względem przebiegu klinicznego obraz chorobowy u wszystkich miał cechy duru poronnego, nie spotykano wcale zespołu ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Z chorych wyhodowano 39 szczepów duru rzekomego C : 9 — ze krwi, 18 — z żółci, 3 — z moczu, 9 — z kału.

Interesujący jest odczyn zlepnikowy chorych i cechy serologiczne pałeczek, zbliżające je więcej do pałeczek duru rzekomego A, niż do pałeczek duru rzekomego B, z któremi znowu są identyczne pod względem działania na węglowodany.

Po upływie roku pałeczki straciły wrażliwość na aglutyniny para C i aglutynują się obecnie, jak pałeczki para B.

W dyskusji: kol. Szulc (streszczenie własne) podkreśla niezmierną wagę tego rodzaju badań, dokładnie przeprowadzonych dla sprawy zwalczania chorób zakaźnych wogóle. Szczegół niezmiernie ważny jest to sprawa nosicielstwa, na którą zanadto może jesteśmy nastawieni. Bumke w Spaa przeprowadził szereg obserwacyj co do nosicielstwa durowego i rzekomo-durowego i stwierdził, że nosicielstwo często nie występuje odrazu, lecz zjawia się dopiero po 2—3 nieraz po 5 miesiącach. Byłby to fakt ciekawy, gdyby można było uzyskać dane w omawianej epidemji, czy po pewnym czasie nosicielstwo nie wystąpiło. Gdyby się potwierdził fakt, że po przebyciu tego typu zakażenia niema nosicielstwa, byłoby to znacznem ułatwieniem w walce z zakażeniami tego typu.

Kol. Gluziński zapytuje w jakiej porze roku wybuchła epidemja w oddz. wojskowym i czy nie była spowodowana spożyciem złego mięsa; mówca zwraca uwagę, czy słuszne jest klinicznie wyodrębnianie, oprócz duru rzekomego A i B, jeszcze C, czy nie należałoby uważać to raczej jako endemję ograniczoną i nazwać botulismus infectiosus z pałeczkami.

Kol. L. Karwacki. Pałeczki rzekomodurowe C specjalnie nadają się do stwierdzenia nosicielstwa, gdyż rzekomodurowe B w niewielkiej ilości znalezione, nie mają prawie żadnego znaczenia, albowiem tracą szybko zdolność życiową, łatwo mogą dostać się do przewodu pokarmowego i wykrycie ich o niczem nie świadczy. Mówca jest pewny, że w znalezionem w Spaa nosicielstwie przy durze rzekomym, chodziło w 50% o pałeczki duru rzekomego B. Co do *botulismus infect.*, to obraz tej jednostki chorobowej nie odpowiada wyżej przedstawionemu; *botulismus infect.* jest ściśle określoną jednostką chorobową wywołaną przez laseczkę beztlenową. Określenie duru rzekomego C daje pewne znaczenie prognostyczne i epidemjologiczne.

6. Kol. Cytronberg: *„Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego". Doniesienie III. Wpływ niektórych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej.* (Streszczenie własne).

Prelegent przeprowadził na psach z przetoką Thiry-Vella jelita cienkiego, szereg doświadczeń nad wpływem różnych hormonów na ilość i jakość wydzieliny jelitowej. Przed przystąpieniem do właściwych doświadczeń prelegent badał przebieg wydzielania jelitowego w razie niestosowania żadnych bodźców (z wyjątkiem niezbędnego zgłębnikowania pętli jelitowej) oraz po zastosowaniu bodźców o znanym działaniu, mianowicie, pilokarpiny i atropiny. Po przekonaniu się, że oddziaływanie zwierząt na te bodźce odpowiada w zupełności dawniejszym spostrzeżeniom innych badaczów, prelegent badał kolejno oddziaływanie wydzielania jelitowego na 1) adrenalinę, 2) hipofizynę, 3) insulinę, 4) tyreoidynę i 5) na różne inne hormony (wyciągi z jąder, jajników, gruczołu przytarczykowego i t. d.).

Wyniki jego dadzą się streścić, jak następuje:

1) adrenalina powoduje zmniejszenie się ogólnej ilości soku jelitowego, a zwłaszcza jego części płynnej. Natomiast zawartość składników sformowanych stosunkowo wzrasta. Wzrasta także ogólne stężenie części płynnej soku jelitowego, mierzone przy pomocy wskaźnika refraktometrycznego (n), lepkość i stężenie chloru, podczas gdy napięcie powierzchniowe (s), pH i zasób zasad ulegają zmniejszeniu;

2) hipofizyna wywiera naogół działanie słabsze, niż adrenalina. Stwierdza się nieznaczne i stosunkowo krótkotrwałe zmniejszenie się ogólnej ilości soku jelitowego oraz zawartości składników sformowanych;

3) insulina wywołuje wyraźne zwiększenie się ilości płynnej części soku, nap. pow., pH i zasobu zasad. Natomiast zawartość składników sformowanych, ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny, lepkość i stężenie chloru ulegają zmniejszeniu. Atropina przeważnie przeciwdziała insulinie;

4) tyreoidyna działa niejednakowo, mianowicie, czasami stwierdza się zwiększenie ilości soku, czasami znów zmniejszenie się. Wydaje się, że tyreoidyna powoduje zmniejszenie się napięcia powierzchniowego wydzieliny jelitowej.

5) działanie innych hormonów zbadanych jest bardzo niejednolite i trudno ustalić w tej mierze jakiekolwiek uogólniające prawidła.

W dyskusji kol. Orłowski. Badania, które nam przedstawił prelegent są bardzo interesujące i wzbogaciły dotychczasowe nasze wiadomości. Mówca jednakże jest zdania, iż w tych badaniach nie uwzględniono jednej rzeczy, a mianowicie, ilości soku jelitowego, to jest wyniku działania 2-ch czynników z jednej strony działania wydzielniczego hormonu, z drugiej działania hormonu na czynność ruchową jelita. Tej czynności ruchowej nie można nie uwzględniać, jeżeli się mówi o ilości soku zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy hormony działają na czynność ruchową. A takie działanie ma adrenalina i hipofizyna. Może to nic nie zmienić w wynikach ostatecznych, ale dla dokładności należy ten czynnik uwzględnić. Kol. Sawicki zapytuje, czy wyodrębnione pętle jelitowe pochodziły z tego samego odcinka jelita; jest to ważne, gdyż poszczególne odcinki jelita cienkiego różnią się pod względem ilości i jakości wydzieliny.

Kol. Semerau-Siemianowski zapytuje, czy stosowanie 2 mg atropiny podczas działania insuliny było dawką dostateczną, mającą istotnie wykazać antagonizm insulina-atropina.

Kol. Szulc zwraca uwagę na możliwość, iż działanie insuliny z jednej strony na stężenie cukru we krwi, a z drugiej na wydzielanie soku żołądkowego da się objaśnić tem, iż insulina nie jest ciałem chemicznie jednolitem i że działają tu różne składniki insuliny.

W odpowiedzi kol. Cytronberg prof. Orłowskiemu, prelegent zaznacza, że przy jego metodzie zgłębnikowania cały sok, wydzielany w ciągu danego okresu czasu przez pętlę wyodrębnioną, wycieka na zewnątrz i to niezależnie od większego lub mniejszego natężenia czynności ruchowej pętli. Prof. Sawickiemu prelegent odpowiada, że pętle wyodrębnione pochodziły z tej samej części jelita cienkiego, mianowicie, ze średniego odcinka jelita czczego. Pozatem długość pętel była mniej więcej jednakowa. Na zapytanie prof. Semerau-Siemianowskiego prelegent odpowiada, że podczas działania insuliny wstrzykiwano dawki atropiny dostateczne, by wywołać pełny obraz działania atropiny. Prelegent zaznacza w odpowiedzi kol. Szulcowi, iż w zupełności uznaje możliwość, że działanie wielostronne insuliny jest spowodowane przez różne jej składniki. W każdym razie podkreślić można już teraz dwojaki mechanizm działania insuliny: 1) jej działanie na układ przywspółczulny i 2) na drodze humoralnej.

Zast. Sekretarza dorocznego: *Wł. Kosiński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 3 marca 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1) M. Rosnowski. Patogeneza i przebieg cewału rozkurczowego w przypadku niedokrwistości krwotocznej. 2) L. Zembrzuski: Sprawozdanie z 8-go Międzynarodowego Zjazdu historji medycyny w Rzymie. 3) M. Wierzuchowski: Wpływ hormonów, głodu i czynników pokarmowych na przetwarzanie niektórych węglowodanów.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 10 marca 1931 r. o godzinie 8-mej wiecz. 1. St. Leśniowski. Przypadek padaczki Jacksonowskiej, operowany z pomyślnym wynikiem (pokaz). 2. A. Elektorowicz. Pokazy rentgenogramów przypadków opadnięcia wątroby. 3. Marja Goldman i S. Cytronberg. O wydalaniu chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocicy doświadczalnej. 4. L. Karwacki. O postaci ziarnistej jadu gruźliczego.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się w czwartek dn. 26 lutego b. r. o godz. 8-mej wiecz. w Zakładzie Leczniczym Dr. Czarneckiego, Zgoda 8. Porządek dzienny: 1) Demonstracja chorych. 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3) Dr. Z. Srebrny: Powikłania rogówkowe po wyłuszczeniu migdałków. 4) Wybór uzupełniający członka Komisji Rewizyjnej. 5) Komunikaty Zarządu. 6) Wolne wnioski.

Ministerstwo W. R. i O. P. Wydział wychowania fizycznego i higjeny szkolnej. Wydział wychowania fizycznego i higjeny szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Kierownikiem Poradni wychowania fizycznego przy II. klin. chor. wewn. Uniwersytetu Warszawskiego urządza w czasie od 13 kwietnia do 24 maja b. r. kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych czynnych oraz dla kandydatów na lekarzy szkolnych na temat: Fizjologja i patologja wieku młodzieńczego. Program. 1) Zagajenie kursu. 2) Zagadnienia z dziedziny medycyny wewnętrznej. a) Zasadnicze pojęcie o konstytucji. Doc. Dr. Włodzimierz Filiński — 2 godz. b) O wydzielaniu wewnętrznem i jego znaczeniu szczególnie w okresie dojrzewania. Dr. Zdzisław Gorecki. — 2 godz. c) Zarys czynności układu wegetatywnego wraz z próbami badania tego układu. Dr. Eleonora Reicher — 3 g. d) O przemianie materji przy pracy z uwzględnieniem gimnastyki i sportu. Dr. Eleonora Reicher. — 3 godz. e) O budowie i wskaźnikach budowy. Dr. Mieczysław Urlik. — 2 godz. f) O oddychaniu. Dr. Zdzisław Gorecki — 2 godz. g) O znaczeniu sposobu oddychania dla wyczynu sportowego. Dr. Zbigniew St. Lewicki. — 1 g. h) Narząd krążenia a praca fizyczna (z ćwiczeniami) Dr. Eleonora Reicher. — 7 godz. i) O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Dr. Janina Misiewicz. — 2 godz. j) Zasady gimnastyki leczniczej. Dr. Jadwiga Titz. — 3 godz. k) Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. Dr. Eleonora Reicher. — 2 godz. 3) Zagadnienia z dziedziny chirurgji. Doc. Dr Adolf Wojciechowski. a) Błędy postawy budowy, wady rozwojowe i inne. — 3 godz. 3) Schorzenia chirurgiczne, ważne dla lekarza ze stanowiska wychowania fizycznego. — 6 g. c) Wskazania i zakres stosowania gimnastyki leczniczej. — 5 g. d) Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach chirurgicznych — 2 g. e) Kiedy dziecko powinno być zwolnione z ćwiczeń cielesnych w związku z cierpieniem chirurgicznem i na jak długo — 2 godz. 4) Seminarjum dyskusyjne i zamknięcie kursu. — 3 godz. Razem 50 godzin. Uwagi. Wykłady odbywać się będą w II. klin. chor. wewn. U. W. Szpital Dzieciątka Jezus, Nowogrodzka 59. Wykład Doc. Wojciechowskiego III-e (w dn. 21 maja w czwartek) odbędzie się w sali konferencyjnej Ministerstwa W. R. i O. P., Aleja Szucha 23. Zapisy przyjmuje Wydział Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. Al. Szucha 23 w godzinach biurowych. Wpisowe wynosi 10 zł. Poza tem kurs bezpłatny.

Kraków.

Komunikat IV-go Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologów. Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. W myśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tow. Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller. Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu. IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J. Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania a krwawienia miesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów). Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowemi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie. Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania. W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko-farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane. Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe. Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929 w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący: Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski. Pozatem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać Skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin. Prosimy Skarbników poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. Dra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego l. 1.). Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie. Sekretarz Zjazdu: (—) *Doc. Dr. Tadeusz Keller.* Gospodarz Zjazdu: (—) *Doc. Dr. January Zubrzycki.*

Towarzystwo lekarskie Krakowskie. We środę, dnia 4 marca b. r. odbyło się o godzinie 7 wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego na którem wygłosił odczyt Doc. Dr. Oszacki pod tytułem: Tlen we krwi przy nowotworach.

Poradnie Kasy chorych w Krakowie. Z początkiem marca br. przejmuje Kasa poradnie dla matek i niemowląt, prowadzone przez Związek lekarzy kasowych, a nadto uruchomi kilka nowych poradni, z których będą mogli korzystać bezpłatnie członkowie Kasy i ich rodziny. Od tego czasu czynne będą: 1) poradnie dla kobiet ciężarnych, oraz poradnia małżeńska w centrali we wtorki, w filji w Podgórzu w środy, w przychodni przy ul. św. Wawrzyńca we czwartki od 17 do 19; 2) poradnie dla matek i niemowląt: w centrali, w poniedziałki, czwartki, piątki od 16 do 18, w filji w Podgórzu we wtorki i środy od 15 do 17, w przychodni przy ul. św. Wawrzyńca we środy i soboty od 14.30 do 16.30, w przychodni na Grzegórzkach w piątki od 16 do 18, w przychodni na Prądniku Czerwonym w środy od 15 do 16, w przychodni w Skawinie we czwartki od 11.30 do 12.30. Poradnie przeznaczone są dla osób zdrowych, gdyż zadaniem lekarza poradni i higjenistki jest udzielanie porad i wskazówek higjenicznych, mających na celu zapobieganie chorobom i zdrowotne wychowywanie dzieci.

Uzupełniający kurs lekarski w Krakowie. Uzupełniający kurs lekarski, który się miał odbyć w Krakowie w czasie od 9 do 19 grudnia u. r. został odwołany i przeniesiony z tym samym programem i rozkładem godzin na czas od 18 do 28 marca 1931 r. W łączności z tym kursem odbędzie się nadto w czasie od 30 III. do 2 IV. 1931. kurs, urządzany z inicjatywy Okr. Związku Kas chorych w Krakowie p. t. Organizm a praca. Zgłoszenia na kurs do 15 marca włącznie przyjmuje i udziela wszelkich wyjaśnień Dr. Edward Mróz. Klinika Pedjatryczna U. J. Kraków. Strzelecka 2.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne odbyło II. posiedzenie naukowe 3. lutego br. z następującym porządkiem dziennym: 1) przeprowadzono dyskusję nad odczytem Dr. Witkowskiej p. t. „Próby stosowania pernoktonu w położnictwie". W dyskusji zabierali głos: Kol. kol. Bocheński. Seidler, Liebhart i Ross. 2) Kol. Lenczowski omówił przypadek nabłoniaka kosmkowego po porodzie czasowym. 3) Kol. Paruch omówił przypadek pierwotnej gruźlicy trąbek, która po porodzie uogólniła się potworną t. b. c. miliaris. 4) Kol. Wiślański omówił przypadek cięcia cesarskiego z powodu wysokiego prostego ustawienia główki w mechanizmie nieprawidłowym. 5) Kol. Ross przedstawił chorą po operacji ropnia sieci. 6) Kol. Sawicka omówiła przypadek obumarcia płodu w czasie porodu z powodu nieprawidłowego ułożenia rączek.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika odbyło się we Lwowie dnia 22 lutego br. Zgodnie z porządkiem dziennym na posiedzeniu naukowem prof. Szafer z Krakowa przedstawił w świetnie ujętym referacie współczesne problemy i zagadnienia w dyluwjum polskiem. W ścisłym związku z referatem pozostawało również wyświetlenie filmu z wydobycia nosorożca w Staruni. Z kolei odbyło się posiedzenie administracyjne. Ze sprawozdań Zarządu Głównego dowiedzieliśmy się o rozwoju T-wa oraz o jego działalności w roku sprawozdawczym. T-wo im. Kopernika liczy 2049 członków, zgrupowanych w 8 oddziałach, które mają siedzibę w głównych naukowych ośrodkach Państwa. Najliczniejszym obecnie jest Oddział Lwowski, posiadający 731 członków. Akcja T-wa szła w ubiegłym roku w dalszym ciągu w kierunku rozszerzenia własnej bibljoteki. Posiada ona obecnie 718 czasopism przyrodniczych, które drogą wymiany za czasopismo „Kosmos" przychodzą do nas z różnych zagranicznych instytucyj naukowych o charakterze przyrodniczym. Brak odpowiedniego miejsca na umieszczenie księgozbioru zmusza Zarząd Główny do pertraktacyj w sprawie jego umieszczenia w nowo budującej się bibljotece politechniki lwowskiej. Jednem z ważnych zagadnień, któremi w roku sprawozdawczym interesował się Zarząd Główny, była sprawa nauczania przyrodoznawstwa w szkołach średnich ogólnokształcących. W rezultacie uchwalono stworzyć własny plan. W związku z powyższem w imieniu T-wa prof. Fuliński opracował referat na temat organizacji nauk przyrodniczych w szkole średniej, który z kolei został wysłany do wszystkich zainteresowanych czynników w Państwie z prośbą o dyskusję. Po otrzymaniu odpowiedzi, Zarząd Główny wyłoni specjalną Komisję, która zajmie się zredagowaniem ostatecznego tekstu referatu. Z wniosków uchwalonych przez Walne Zgromadzenie należy wymienić sprawę wydania portretu ś. p. Profesora Benedykta Dybowskiego, sprawy związane z ochroną niedzwiedzia na ziemiach w Polsce i t. d. Na wzmiankę zasługuje również uchwalony wniosek Oddziału Krakowskiego idący w kierunku udostępnienia szerokiemu ogółowi w Polsce tanich owoców południowych. Ze spraw interesujących ogół lekarzy należy wymienić fakt, iż T-wo im. Kopernika uchwaliło wydać za inicjatywą prof. Koskowskiego tom specjalny Kosmosu, poświęcony naukowej działalności ś. p. prof. Popielskiego. Rozprawy i referaty, napisane przeważnie przez cudzoziemców są już w tece redaktorskiej. Prezesem T-wa wybrano ponownie prof. Dra Juljana Tokarskiego. Zastępcami przewodniczącego wybrano prof. Czekanowskiego, Grochmalickiego, Konopackiego i Szafera. Do Zarządu Głównego zostali wybrani. Bant, Dembowski, Estreicher, Gębik, Hirschler, Jakubski, Kamieński, Kulczyński, Kulmatycki, Mydlarski, Nowicki, Pazdro, Poluszyński, Reicher Rogala, Romer, Stroński, Szymkiewicz, Wyspiański, Ignacy Zakrzewski. Zastępcami członków wybrano: Koskowskiego i Kuntzego. Do Komisji Rewizyjnej powołano: Aleksandrowicza, Dudryka, Stobieckiego, Świątkiewicza i Woynę.

Poznań.

V. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Towarzystwem Ginekologicznem odbyło się w piątek, dnia 6 marca 1931 r. o godz. 20.15 w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski III p.) z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy. 3) Dr. Hoffmann: Rzucawka porodowa na podstawie materjału Kliniki Poznańskiej. 4) Dr. Grabska: Przypadek ciąży wewnątrz- i zewnątrz-macicznej. 5) Dr. Ryglewicz: Postępowanie w przypadkach wypadnięcia pępowiny na tle materjału Kliniki Poznańskiej. 6) Dr. Cierkowska: Leki skurczowe i ich działanie uboczne zależne od konstytucji. 7) Dr. Walczak: Przepukliny sznura pępowinowego.

Ze świata.

Epilog katastrofy Lübeckiej. Prof. Calmette — Presse medicale Nr. 2/31. Dnia 12 i 13 grudnia 1930 r. Naczelna Rada Sanitarna Rzeszy Niemieckiej zebrała się celem omówienia sprawozdań rzeczoznawców w sprawie katastrofalnych wypadków w Lübece, gdzie z ogólnej liczby 249 dzieci szczepionych szczepionką przeciwgruźliczą, przygotowywaną w pracowni prof. Deycke zginęło 67 dzieci (z tej liczby 5 umarło nie z powodu gruźlicy). Rzeczoznawcami byli: prof. Ludwig Lange z Reichsgesundheitsamt'u i prof. Bruno Lange z instytutu Roberta Kocha. Rzeczoznawcy po przeprowadzeniu całego szeregu badań i doświadczeń doszli do następujących wniosków: 1) lasecczniki wyhodowane z organizmów zmarłych dzieci wywoływały postępujące zmiany u morskiej świnki. Mają one cechy zjadliwości lasecznika typu humani, a nie B. C. G. 2) Badanie 2 kultur, które udało się znaleźć w pracowni Deyckiego i które były używane do przygotowania szczepionek, wykazały, że jedna z nich zawierała lasecczniki zjadliwe typi humani, a nie B. C. G. Bruno Lange nazwał ją B. C. G. Deycke. — Druga natomias kultura była nieszkodliwa dla morskich świnek i zawierała jak się zdaje, wyłącznie B. C. G. 3)Zjadliwa kultura typi humani została zidentyfikowana przez Prof. Lange z kulturą, którą Instytut Roberta Kocha wysłał do Kilonji. Na prośbę prof. Deycke została ona wysłaną w październiku 1929 r. do Lübeki. Kultura ta, na szczęście, posiadała zjadliwość słabą i zmienną, czem się tłumaczy, że u pewnej liczby dzieci zachorowania miały przebieg względnie łagodny. 4) Wbrew niektórym hipotezom, któremi starano się wytłumaczyć wypadki w Lübece, ani doświadczenia, ani obserwacje kliniczne nie dają podstaw do przypuszczenia, że B. C. G. może pod wpływem zmienionych sposobów kultywowania odzyskać pierwotną zjadliwość typi bovini, lub przejść w zjadliwy szczep typi humani. Należy przypuścić, że zaszło przypadkowe pomieszanie B. C. G. ze szczepem przysłanym z Kilonji, który był hodowany w tem samem pomieszczeniu. Z katastrofy Lübeckiej należy wyciągnąć wniosek, że przygotowywanie szczepionki powinno być wykonywane w niewielkiej liczbie pracowni, znajdujących się pod odpowiedniem kierownictwem i posiadających specjalne izolowane lokale. Wypadki śmierci u szczepionych dzieci są jaskrawym dowodem, jak łatwo lasecznik gruźlicy przechodzi przez kiszki, trafiając do obiegu krwi i limfy. Wobec powyższego niema powodu przypuszczać, że nie następuje to i przy doustnych szczepieniach B. C. G.

40 Kongres balneologiczny niemieckiego Towarzystwa Balneologicznego odbędzie się pod przewodnictwem Prof. Dr. Dietricha w Ems w czasie od 7 do 11 kwietnia b. r. Tematy główne Kongresu obejmują zwalczanie schorzeń dychawicznych przez środki lecznicze zdrojowisk, tudzież znaczenie zdrojów alkalicznych. Szczególnym rozważaniom Kongresu będzie poddane znaczenie zdrojowisk dla opieki społecznej. W połączeniu z kongresem odbędzie się zwiedzanie urządzeń zdrojowych w zdrojowiskach: Ems, Fachingen, Schwalbach i Schlangenbad, tudzież miasta Koblencji i klasztoru w Eberbach. Bliższych wyjaśnień tyczących się tego Kongresu udziela sekretarz Towarzystwa Balneologicznego Dr. Max Hirsch, Berlin, W. 35, Steglitzerstr. 66.

41 Międzynarodowy Kurs dokształcający Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu we Wiedniu odbędzie się tamże w czasie od 1 do 13 czerwca b. r. p. t.: „Gutartige und bösartige Neubildungen mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose des Krebses". Na kursie tym będą wykładać następujący profesorowie: Leopold Arzt, Juliusz Bauer, Ryszard Bauer, Wiktor Blum, Burghard Breitner, Antoni Eiselsberg, Leopold Freund, Markus Hajek, Marcin Haudek, Oskar Hirsch, Mikołaj Jagić, Fryderyk Kermauner, Robert Kienböck, Wilhelm Latzko, Alfred Luger, Rudolf Maresch, Henryk Neumann, Rudolf Paschkis, Hans Pichler, Otto Porges, Otto Pötzl, Hans Rubritius, Juliusz Schnitzler, Artur Schüller, Emil Schwarz, Gottwald Schwarz, Gustaw Singer, Karol Sternberg, Piotr Walzel, Paweł Werner i t. d. Zgłoszenia na ten kurs należy kierować do Sekretarza kursów Dr. Kronfelda, Wien, IX, Porzellangasse 22.

Klinika oto-laryngologiczna prof. Portmanna w Bordeaux zawiadamia, że zwyczajem lat poprzednich odbędzie się również w roku 1931 szereg kursów uzupełniających dla lekarzy-laryngologów: 1) O wyrostku sutkowym od 16 lutego do 7 marca; 2) Kurs broncho i oesophagoskopji od 16 marca do 26 marca; 3) Kurs anatomji patologicznej od 4 marca do 23 maja; 4) Kurs uzupełniający w języku francuskim od 6 lipca do 19 lipca; 5) Kurs uzupełniający w języku angielskim od 27 lipca do 29 sierpnia.

Zmarli.

We Lwowie zmarł w dniu 28 lutego b. r. Dr. Władysław Bylicki, nadzwyczajny profesor położnictwa i ginekologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie, honorowy członek Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego i t. d., powszechnie wysoko ceniony i poważany nestor lekarzy lwowskich w 85-tym roku życia. Cześć Jego pamięci.

Redakcja otrzymała.

Ministerstwo pracy i opieki społecznej. IV. Rocznik ubezpieczeń społecznych w Polsce za rok 1928.

Leyberg Edmund. „Technika badań kliniczno-laboratoryjnych. Badanie moczu, plwociny, treści żołądka, kału, krwi i t. d.". Łódź. 1931. r.

Sprawozdanie Szpitala gminy żydowskiej w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1930 r.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, rok 1930.